

**«ҚАЗАҚСТАН-РЕСЕЙ
МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ» МЕББ.**



**Қаннан қан кету, жергілікті
не жалпы себептері,
госпитализацияға
еткіштері, қан кетудің
түрату әдістері**

**НУО «КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Орындаған: Мұқаш Б.

Тобы: 618 ВОП

Тексерген: Абишева А.К.

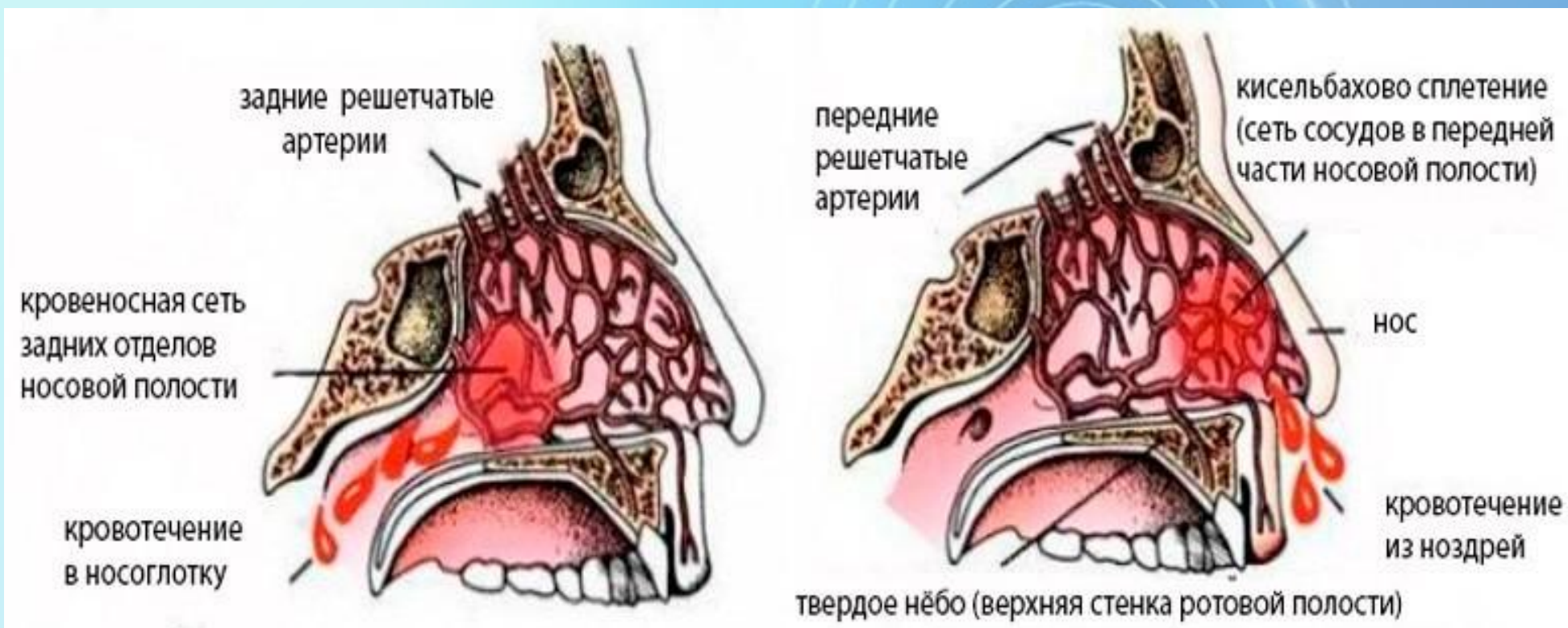
Мазмұны

- Кіріспе
- Мұрын қуысы тамырлы жүйесінің
- Анатомо-физиологиялық ерекшеліктері
- Жіктелуі
- Клиника
- Диагностика
- Қан кетуді тоқтату тәсілдері
- Қорытынды
- Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

Өзектілігі

Әртүрлі спонтанды қан кетулер арасында мұрын бірінші орынды алады. Статистиканың мәліметтері бойынша, олардың емдеуге жатқызылған ЛОР-науқастар санынан үлесі жылдан жылға ұлғаюда: ХХ ғасырдың басында және ортасында ол 3-4, 8%, соңғы уақытта — 3-тен 14,3% - ға дейін. Мұрыннан қан кету бірқатар аурулардың симптомы болуы мүмкін, 25-50% — да қан кету жергілікті патологиямен, ал қалғандары-жалпы патологиямен байланысты. Мұрыннан қан кету ургенттік ЛОР-патология болып табылады және әрқашан шұғыл медициналық көмек көрсетуді талап етеді. Оларды тоқтатудың қолданылатын тәсілдерінің көп санына қарамастан, сапалы гемостазға қол жеткізу мәселесі әлі күнге дейін өзекті болып отыр. Мұрыннан қан кету көп жағдайда жалпы соматикалық патологияның симптомы болып табылатындықтан, ол тоқтағаннан кейін пайда болу себебі анықталады және емдеу тактикасы анықталады.

Мұрыннан қан кету немесе эпистаксис (epistaxis, грек "тамшылар") - мұрын қуысының қан тамырларынан оның қабырғасының тұтастығы немесе өткізгіштігі бұзылғанда қанның ағуы.



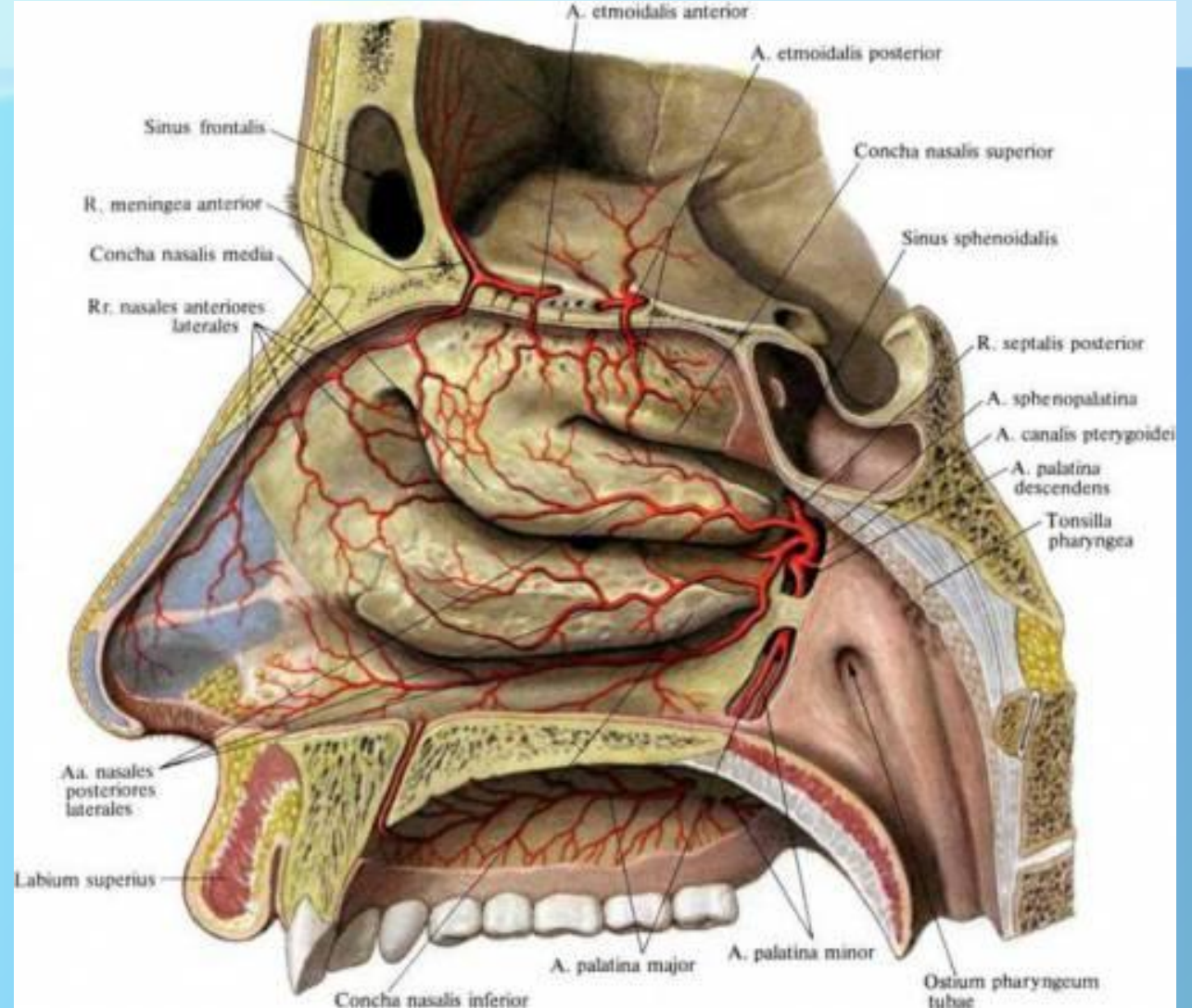
Мұрын қуысы тамырлы жүйесінің Анатомо-физиологиялық ерекшеліктері

Мұрын қуысын қанмен қамтамасыз етілуі екі жүйеден жүзеге асырылады:

– мұрын қуысына бір аттас тесік арқылы шығып тұратын негізгі-таңдай артериясы (a. sphenopalatina) шығатын сыртқы ұйқы артериясы. Бұл артерия 3 негізгі тармаққа бөлінеді және мұрын қуысының латералды қабырғасының артқы бөліктерін, мұрын маңындағы қуыстарды және мұрын қалқаларын қанмен қамтамасыз етеді.

Мұрын қалқанының алдыңғы бөлігіне — Киссельбах аймағына бағытталатын артерия бұтақтары-онда үш қабатта орналасқан ірі жапырақты желіні құрайды. Ішкі ұйқы артериясын, одан көз артериясы шығатын, екі бұтақты беретін — алдыңғы және артқы торлы артериялар, мұрын қалқанының латеральды қабырғасының және торлы қуыс жасушасының қанмен қамтамасыз ету. Мұрын қуысынан қанның кетуі аттас артериялардың жүрісін қайталайтын алдыңғы бет және көз көктамырлары бойынша жүзеге асырылады.

Мұрынның тамырлы желісінің құрылысында тыныс алу жүйесінің шырышты қабатының басқа да ешқандай учаскелерінде кездестірілмейтін ерекше морфологиялық ерекшелігі-бұл капиллярлар мен үңгірлі көктамырлардың арасында орналасқан жүйе болып табылады. Олар ұйықтайтын күйдегі, бірақ түрлі химиялық, физикалық, жұқпалы және басқа да факторлардың әсерінен қанмен толып, мұрын раковиналарының шырышты қабығының ісінуіне алып келеді. Үңгірлі мата төменгі мұрын раковиналарының шырышты қабығында, жоғарғы және орта мұрын раковиналарының бос шетінде бар.



Патоморфологиялық принцип бойынша мұрыннан қан кетулер жіктеледі (Н. А. Курилин, а. Н. Власюк, 1979):

- мұрын қуысының тамырлы жүйесінің бұзылуынан туындаған жарақаттарға, шырышты қабаттағы дистрофиялық өзгерістерге, мұрын қалқанының қисаюына, мұрын қуысының тамырлы жүйесінің даму аномалиясына, мұрын қуысындағы және мұрын маңындағы қуыстардағы ісіктерге;
- қанның коагуляциялық қасиеттерінің бұзылуының белгілері: гемофилиялар, диспротромбиялар, гипо - және афибриногенемиялар, гиперфиб-ринолитикалық жағдайлар және т. б.;
- мұрын қуысы тамырлы жүйесінің өзгеруінің және қанның коагуляциялық қасиеттерінің үйлескен әсері кезінде пайда болады: атеросклероз кезінде шырышты қабықтың дистрофиясы, гипертониялық ауру; геморрагиялық диатездер, бауырдың, мұрын және мұрын маңы қуыстарының созылмалы аурулары, қан аурулары (лейкоздар, полицитемиялар және т.б.).

Қан кетудің локализациясы бойынша бөлінуі;

Алдыңғы

Артқы

Бірінші жағдайда қан кету көзін алдыңғы риноскопияда анықтауға болады.

Қан кету мерзімділігі бойынша бір реттік, қайталанатын және үйреншікті болып бөлінеді.

Бір реттік

Рецидивтік

Үйреншіктік

Әдетте жылына бірнеше рет пайда болатын қан кетуді жатқызуға болады

Жоғалған қан көлеміне байланысты бөлінеді;

Шамалы, әдетте, Киссельбахов орнынан болады; қан бірнеше миллилитр көлемінде қысқа уақыт ішінде тамшылар бөлінеді. Мұндай қан кету жиі өз бетінше немесе мұрын қанатын қалқа қысқаннан кейін тоқтатылады.

Орташа мұрыннан қан кету үлкен қан кетумен сипатталады, бірақ ересек адамда 200 мл-ден аспайды. Бұл ретте гемодинамиканың өзгеруі әдетте физиологиялық нормада болады.

Ауыр мұрыннан қан кету кезінде жоғалған қан көлемі 200 мл-ден асады, кейде 1 л-ге дейін және одан да көп. Мұндай қан кету науқастың өміріне тікелей қауіп төндіреді.

Клиника

Мұрын қуысының алдында көбіктенбейтін қызғылт қан бөлінуі немесе бастың төңкерілуі кезінде жұтқыншақтың артқы қабырғасы бойынша қан ағуы, ал тыныс алу жолдарының төменгі бөліктерінен қан қандай да бір шамада көбеюі жұтқыншақтың артқы қабырғасы бойынша оның ағуы анықталмайды. Алдыңғы риноскопия кезінде кейде қан кету орнын анықтау мүмкін, әдетте мұрын қалқанының алдыңғы үштен бір бөлігінде, егер қан кету көзі мұрын қуысының терең бөлігінде болса, онда оны анықтау мүмкін емес.

Мұрыннан қан кетудің **абсолютті өлшемі** оның мұрын қуысындағы визуалды идентификациясы болып табылады.

Салыстырмалы критерий - ағып жатқан қанның түсі мен жағдайы. Тыныс алу жолдарынан көбікті қызғылт қан кетуге тән, қоңыр реңкті — АІЖ (тұз қышқылы гематинінен).

Мұрыннан қан кетудің жалпы СИМПТОМАТИКАСЫ:

- Тері қабаттары мен көрінетін шырышты қабықтардың бозаруы
 - Жалпы әлсіздік
 - Құлақтағы шу мен дыбыс
 - Көз алдында мушкалардың көрінуі
 - Бас айналу
 - Шөлді сезім
 - Жүрек соғуы мен тыныс алудың жиілеуі
- 

Диагностика

Мұрыннан қан кету себебін және оның көзін анықтау. Бұл үшін жүзеге асырады:

- мұрыннан қан кетудің дамуына әкелетін патологияның (артериялық гипертензияның, жарақаттың алдындағы және т. б.) болуын анықтауға мүмкіндік беретін анамнезді мұқият жинау;
- артериялық қысымды және жүрек жиілігін өлшеу;
- ЛОР-мүшелерін тексеру. Сыртқы жарақаттық мұрыннан қан кету диагностикасына көмектеседі, ал мұрын қуысын тексеру мұрыннан қан кету көзін анықтауға мүмкіндік береді. гемостаз жүйесін зерттеу.

Гемостаз жүйесін зерттеу

Қан тамырлы бұзылыстарды немесе гемокоагуляциялық ақауларды анықтау үшін капиллярлардың механикалық тұрақтылығына сынама жүргізіледі — жгут қалпына келтіріледі, балғамен, қысқашпен немесе шаншу соғылады. Гемостаз жүйесін зерттеуді тромбоцитарлық және плазмалық гемостазды зерттеуге бөлуге болады.

Бірінші нұсқада келесі көрсеткіштер анықталады:

- динамикадағы тромбоциттер саны (180-320 норма);
- ретракция және қан ұйыған лизисінің уақыты (бір сағат ішінде ол жарты қысқартылуы тиіс).

Плазмалық гемостазды зерттеу коагулограмма көрсеткіштері бойынша жүргізіледі.

- Ең жиі мыналар анықталады: қан ұю уақыты, АЧТВ, ПТИ.

Емі

Дәрігердің тактикасы қан кету себептеріне, оның қарқындылығына, өткізілетін іс-шаралардың ұзақтығы мен табыстылығына байланысты және:

- 1) қан кетуді тоқтату**
- 2) рецидивтердің алдын алу.**

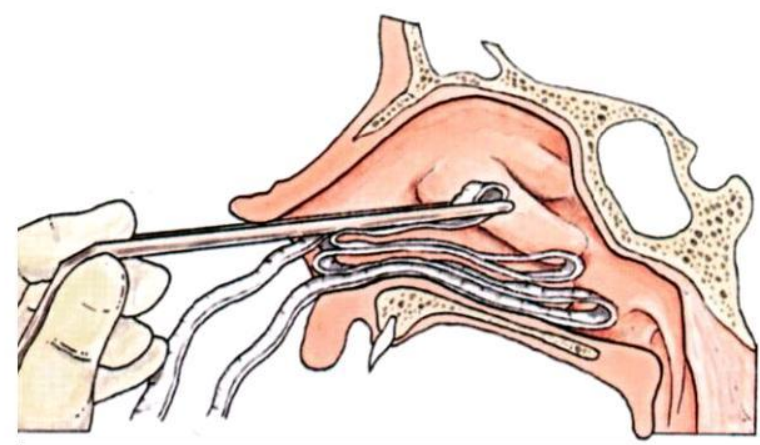
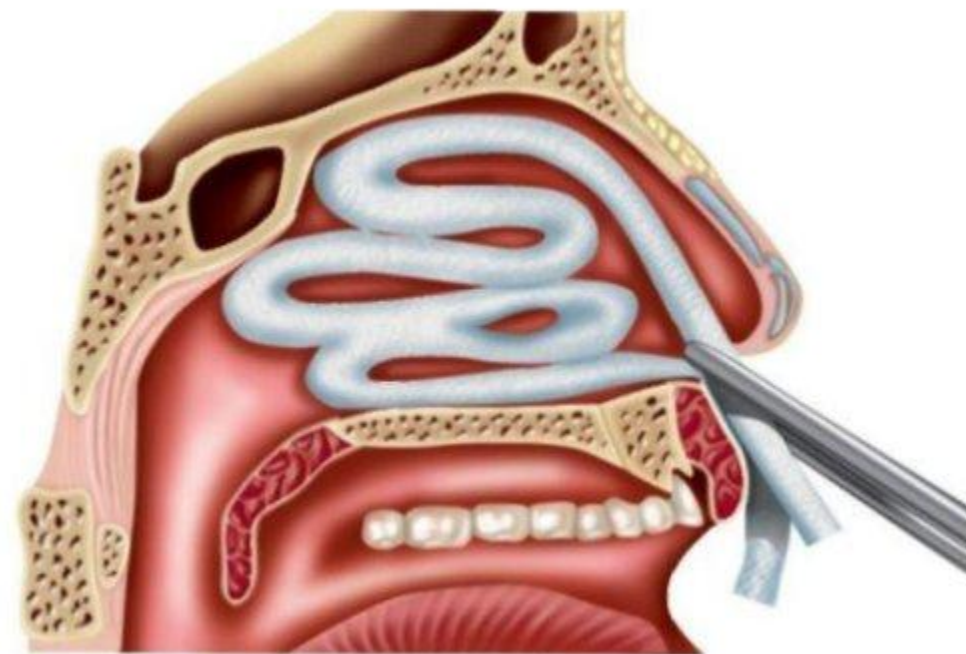
Мұрыннан қан кетуді тоқтату тәсілдері

Мұрынның алдыңғы бөліктерінен шамалы қан кетулер кезінде қан кетуді тоқтатудың қарапайым және жеткілікті тиімді тәсілі мұрынның алдыңғы бөлігіне 15-20 минутқа сутегі тотығының 3% ерітіндісіне суланған мақта шарикті немесе дәке шарын енгізу болып табылады. Саусақпен мұрын қанатын қысады, науқасқа отыруға, басын шалқайтпай-ақ, мұрынға мұзбен көпіршіктер қояды.

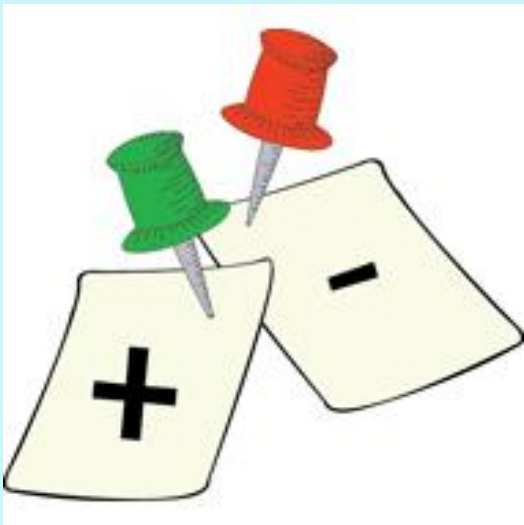


Алдыңғы тампонада

Мұрыннан қан кетуді тоқтатудың ең көп таралған және үйреншікті тәсілі мұрын қуысының алдыңғы тампонадасы болып табылады. Тампондау ұзындығы 60 сантиметр болатын дәке турундының көмегімен жүзеге асырылады, оны тампон мұрынның тиісті жартысын толық толтырғанға дейін төменгі жағынан гармошка түрінде хоанға дейін мұрын қуысының түбіне ілмектермен салады. Алдыңғы тампон мұрын қуысында үш тәулікке қалдырылады.



Марлевый тампон последовательно укладывается петлями в носовой полости



- ✓ Бұл тәсілдің **артықшылығы** мұрын қуысының қабырғаларына тамырлардың тығыз қысылу мүмкіндігі, сондай-ақ қан ұйытқысының жылдам пайда болуы болып табылады, өйткені дәкенің тор құрылымы "АҚ тромбаның" рөлін атқарады.
- ✓ Дәкенің алдыңғы тампонадасының **кемшіліктері** жалпыға белгілі:
 - тампонды енгізгенде айтарлықтай ауырсыну, жергілікті фибринолизді белсендендіру, мұрын қуысының шырышты қабығының жарақаттары, одан әрі оның некротикалық өзгерістері мен функциясының бұзылуына әкеледі. Дәкелік тампондар шырышты қабыққа жабысады, бөлінетін және шырышты тез сіңеді, бұл микроорганизмдердің көбеюі үшін жағдай жасайды.

Бұл кемшіліктерді азайту үшін мұрыннан қан кетуді тоқтатуды жақсартудың көптеген әдістері ұсынылды:

- тампондарды гемостатикалық препараттармен сіңдіру: аминокапрон қышқылымен, капрофермен, трансаминмен, феракрилмен;
- Микулич бойынша тампонада. Жұқа пленкада жүзеге асырылады, бұл дәке тампондарын алып тастағаннан кейін қан кетуді болдырмауға мүмкіндік береді. Алдағы уақытта бірқатар авторлар осы тампонада принципін қолданды , қолғап резеңкесіндегі поролонды тампондар, сондай-ақ арнайы қысқышпен бірге;
- тампондаға гематикалық вискозды (сыртқы дәкеге ұқсайтын талшықты материалды) қолдану, оған дәкелік тампондарды жұқтырудың алдын алу және жоюды жеңілдету үшін айналдырады.

Тампонаданың әр түрлі нұсқаларының баламасы -

Киссельбах аймағын жергілікті қысуға мүмкіндік беретін тәсілдер: серіппені екі өзекті және сумен толтырылған резеңке баллондармен орау түрінде қолдану. Серіппе мұрынның бүйір бетіне салынады және оның қанаттарын мұрын қалқаларына қысады; мұрынның "мұрын клипсасымен" тыныс алуын сақтай отырып, алдыңғы бөліктердегі қан тамырларының механикалық қысылуы (сурет. 2) нысаны мұрынның алдыңғы бөліктерінің анатомиялық ерекшеліктерін ескеретін және Киссельбах аймағының өлшемдеріне сәйкес келетін түпнұсқа конструкциямен;

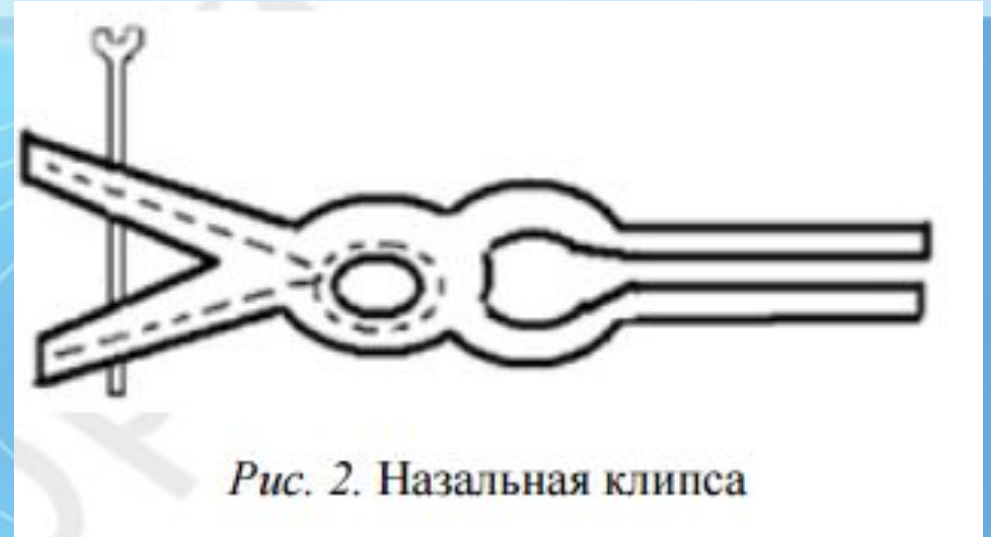


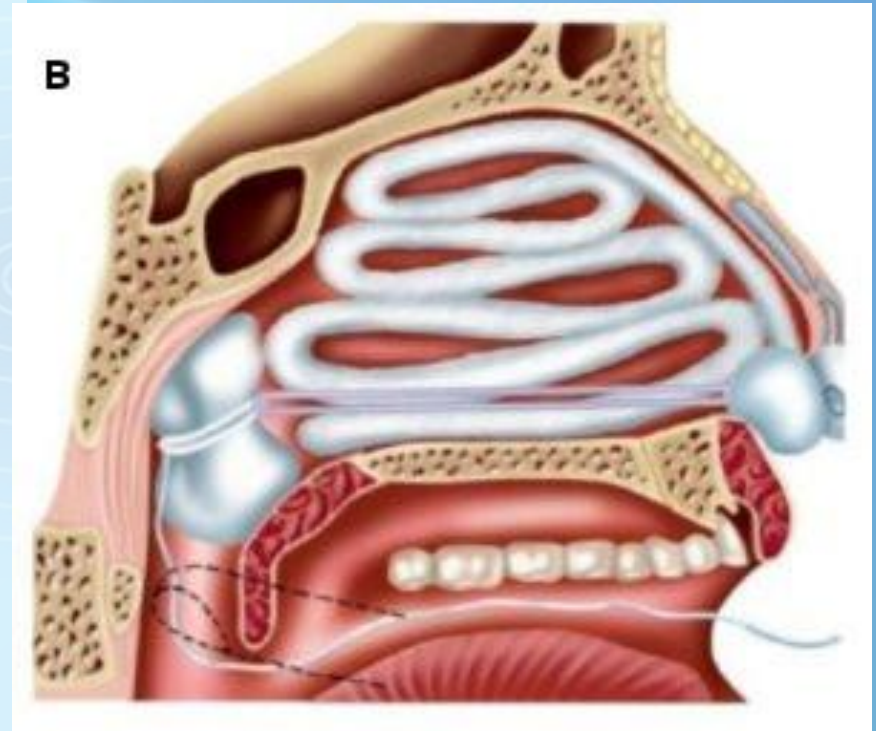
Рис. 2. Назальная клипса

- альгинатты пленкаларды, мұрын қуысын көбікпен толтыратын "Цимезоль" аэрозолын, гидрогельдерді пайдалану. Бұл препараттар мұрын қуысын қан ағатын ыдысты қысып, тоқтайды, осылайша қан кетеді.

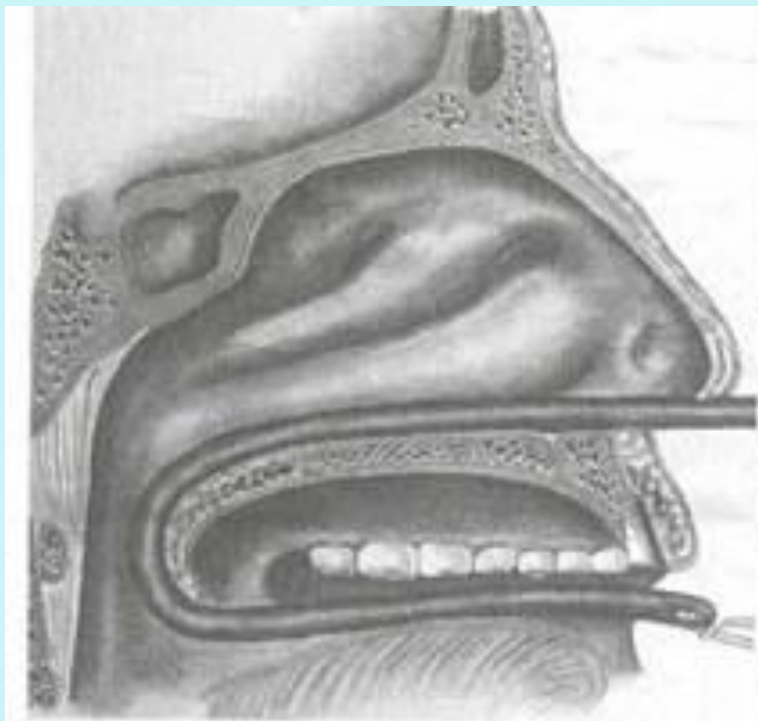
Артқы тампонада

Қатты қан кету немесе *алдыңғы* тампонада тиімсіз болғанда *артқы* тампонада көрсетілген.

Артқы тампонада үшін алдын ала арнайы тампондарды дайындайды және стерилдейді: дәкені шамамен 3х3х2 см туюк түріндегі тампонды бірнеше қабатқа салады, оның крест-на-крест екі ұзын (20 см) жібек жіптермен байлайды, таңғаннан кейін бір жіп кесіледі, ал үшеуі қалдырылады. Әрбір науқас үшін тампонның оңтайлы өлшемі жеке және бірге салынған үлкен саусақтардың дистальды фалангаларының мөлшеріне сәйкес келуі тиіс.



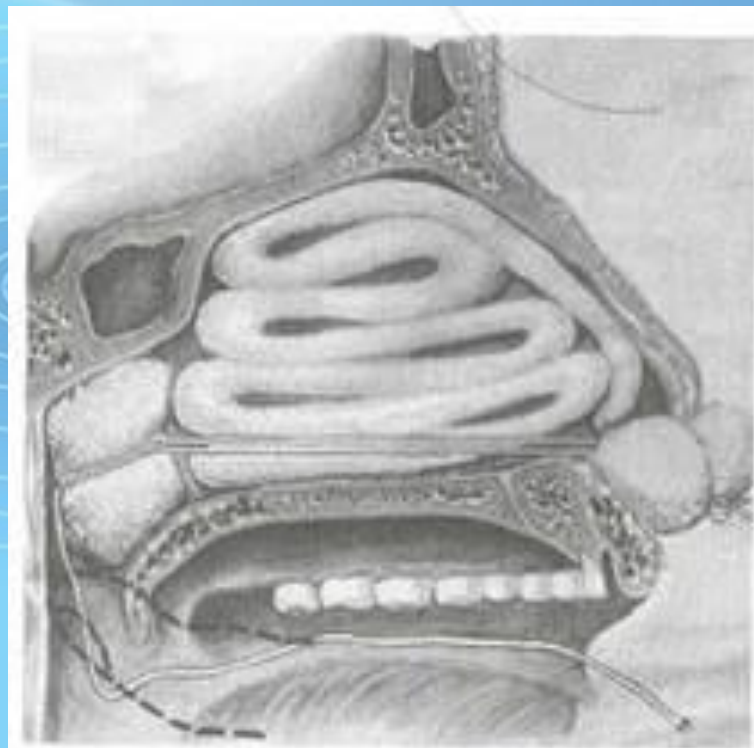
Артқы тампонадты жұқа резеңке катетерді мұрынның қан кетуші жартысы арқылы енгізуден бастайды, катетерді аяқтың жұтқыншақ арқылы жұтқыншақтың орта бөліміне шыққанға дейін жүргізеді. Мұнда катетер Гартманның жұтқыншақ қысқыштарымен немесе пинцетпен басып, ауыз қуысы арқылы сыртқа шығарылады. Катетердің аузынан шығарылған соңына тампонның екі жіп байлап, тампонды ауыз арқылы мұрын жұтқыншағына апарып, оған байланған жіптермен бірге мұрын ұшы шетіне катетерді тартады. Бұл ретте оң қолдың саусағымен науқастың оң жағында тұрып, жұмсақ аспан үшін тампонды жүргізіп, оны тиісті хоанға тығыз басу қажет. Мұрыннан шыққан екі жіп қатты тартылып, мұрынның осы жартысының алдыңғы тампонадасын өндіреді, ал жіптерді мұрын қуысының алдында дәке білікшесінің үстінен байлайды. Ауызда қалған 3-ші жіптің соңы тампонды алып тастауға арналған, оны жақындағы лейкопластырьмен нығайтады немесе жұмсақ аспан деңгейінен сәл төмен кеседі (бұл жағдайда тампонды Кохер қысқышы арқылы алып тастайды). Аса ауыр жағдайларда екінші хоанға ұқсас тампонды немесе 2 есе үлкен тампонды дайындайды және оларға барлық мұрын жұтқыншағын сүртіңіз.



a



б



в

Артқы тампонада

Ауыр мұрыннан қан кетуді тоқтатудың тиімді хирургиялық әдісі-жоғарғы жақ қуысы арқылы келетін торлы ұяшықтарды бұзатын торлы лабиринтте *трансмексиллярлы операция* болып табылады. Бұл операция торлы қуыстар аймағының тампонадасымен аяқталады, бұл жерде, әдетте, қан кету орны, және мұрын қуысы жоғарғы жақ қуысы арқылы (көбінесе йодоформмен сіңірілген турундамен) тампонның соңын контрапертура арқылы төменгі мұрын жүрісіне шығару арқылы аяқталады.

Қорытынды

Мұрын қуысында қан кетуді тоқтату құрылыстың анатомиялық ерекшеліктеріне байланысты өзіндік ерекшелігі бар. Қан ағатын беттің терең орналасуы, мұрынның шырышты қабығының рефлексогенді аймақтармен байлығы, тыныс алу қызметін сақтау қажеттілігі, мерцательдік эпителий қызметі мұрыннан қан кетуді тоқтату тәсілдеріне және қолданылатын гемостатикалық препараттарға ерекше талаптар қояды.

Мұрыннан қан кету көп жағдайда жалпыоматикалық патологияның симптомы болып табылатындықтан, ол тоқтағаннан кейін пайда болу себебі анықталады және емдеу тактикасы анықталады.

Пайдаланылган әдебиеттер тізімі

1. Магомедов М.М., Лучихин Л.А., Пальчун В.Т. Оториноларингология: учебник. – М., ГЭОТАР-Мед. 2008. – 656 с.
2. Ананьева, С. В. Болезни уха, горла, носа: Учеб. пос. для вузов/С.В. Ананьева.-Ростов н/Д:Феникс,2003,2005.-416с.
3. Пальчун, В.Т. Практическая оториноларингология: Учеб. пос.для медвузов/ В.Т.Пальчун, Л.А.Лучихин, М.М.Магомедов-М.: Мединформагенство,2006.-368с.
4. Козорез, Е.С. ЛОР-заболевания: Учеб.пос. для медвузов/ Е. С. Козорез.- М. :ВЛАДОС-ПРЕСС,2005.-223с.
5. Волков, А. Г. Носовые кровотечения / А. Г. Волков, Н. В. Бойко, В. В. Киселев. М. : АПП «Джангар», 2002. 272 с.