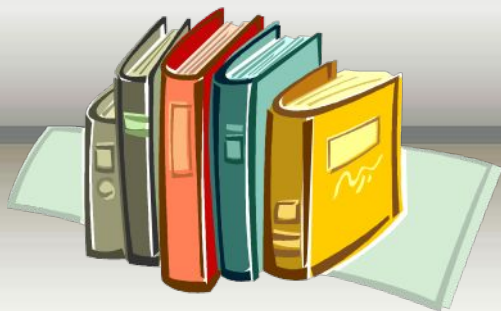




Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ университеті



## Көмей стеонзы

**Орындаған** Құттықожа Б,

**Тобы:** ЖМ-418х

**Қабылдаған:** \

Түркістан қаласы-2018 ж



# Жоспар



- **Кіріспе**
- **Негізгі бөлім**
  - а) Көмей стеонзы**
  - б) Түрлері**
  - в) Этиология:**
- Емі**
- **Қорытынды**
- **Пайдаланылған әдебиеттер**

# Кіріспе



- **Көмей стенозы** – тез немесе ұзақ уақыт бойы пайда болатын тыныс алған уақытта ауа қиындықпен өтуіне және дауыстың пайда болуын бұзуға әкеп соғатын көмей саңылауының айтарлықтай кішіреюімен немесе толық жабылуымен байланысты патологиялық үдеріс



# Жіктелуі

1. Кенет, бірден	2. Жедел	3. Жеделдеу	4. Созылмалы
<p>Бұл аз уақыт ішінде бірнеше секундтан бірнеше минутқа дейін дамиды..</p> <p>Этиология: көмейдегі бөгде дене, көмек жарақаттары.</p>	<p>Ұзақ уақыт аралығында бірнеше минуттан тәулікке дейін дамиды.</p> <p>Этиология: эпиглоттит, көмей абцессі, көмей баспасы, мойын флегмонасы, термиялық ж/е химиялық күйік, ота кезінде төменгі көмей нервтерінің зақымдалуы, ұзақ жоғарғы трахеобронхоскопия.</p>	<p>Бірнеше күн ішінде дамиды (кейде бір аптаға дейін).</p> <p>Этиология: Көмей дифтериясы</p>	<p>бірнеше апта, ай н/е жыл ішінде дамиды.</p> <p><b>Этиология:</b> Балал арда көмей папилломатозы, көмейдің қатерсіз ж/е қатерлі ісігі, гуммозды сифилис, туберкулез, склерома, тыртықты өзгерістер.</p>

# Дәрежесіне байланысты:



- I. компенсациясатысы тыныстың қиындай түсуімен ж/е жиілеуімен, тыныс алу мен тыныс шығаруың арасындағы паузаның азаюымен, физикалық жүктеме кезінде инспираторлы еңтігудің пайда болуымен сипатталады.
- II. толық емес компенсация сатысында- тыныс алуға айқын күш керек, тынысы шулы, алыстан естілетін, терісі бозарған. Науқас мазасыз, тыныс алуға қосымша бұлшық еттер мойын ж/е кеуде клеткасы қатысады, тыныс алуғанда бұғанаүсті ж/е бұғанаасты аймағы, қабырға аралықтары ішке кірген. Көрсетілген белгілер аздаған физикалық жүктемеде туынайды.
- III. декомпенсация сатысы- жағдайы ауыр, тынысы жиі, беткей, тершең, тері жамылғысы боғылт-көк, акроцианоз, сосын жайылмалы цианоз болады. Науқас ортопноэ қалпында болады.
- IV. Терминальды сатысы (асфиксия)- науқаста бірден шаршағыштық пен енжарлық дамиды, тынысы беткей, үзілмелі (Чейн-Стокс), терісі бозғылт-сұр, пульсі жіп тәрізді, қарашығы кеңейген, естен тану, еріксіз зәр шығару мен дефекация, өлімде туындауы мүмкін.

# Созылмалы стеноздардың таралу дәрежесі бойынша жіктелуі



- **Шектелген тыртықты стеноз** – ұзындығы 10 мм-ге дейін бір анатомиялық аумақ шегіндегі үдеріс;  
**Таралған** – ұзындығы 10 мм-ден көп бір анатомиялық аумақ шегінен шыққан үдеріс.

# Созылмалы стеноздарда саңылаудың тарылу дәрежесі бойынша жіктелуі



- I дәреже - 50%-ға дейін бітелу;
- II дәреже – 51-70%;
- III дәреже – 71-99%;
- IV дәреже – саңылау жоқ

# Диагностикалық критерийлері:



● : Көмей стенозының себебін анамнез жинау н/е көмейді қарау арқылы болады.

● Негізгі клиникалық симптомдары:

● 1. Инспираторлы ентигу

● 2. Тыныс алуға мойын және кеуде клеткасының бұлшық еттерінің қатысуы (бұғанаүсті ж/е бұғанаасты шұңқырының, қабырға аралықтарының ішке кіруі).

● 3. Қалқанша шеміршегінің экскурсиясы анықталады, тыныс алғанда-төмен, тыныс шығарғанда – жоғары.

● 4. Тыныс ырғағының баяулауы ( тыныс алуың баяулауы, тыныстық паузалардың азаюы).

● 5. Көмейлік шудың пайда болуы, даусының өзгеруі (қарлығыуы н/е дыбыссыз ).

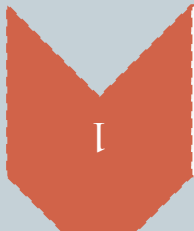
● 6. Венозды стаз.

● 7. Пароксизмальды пульс ( тыныс алу кезінде баяулауы н/е жоғалуы).

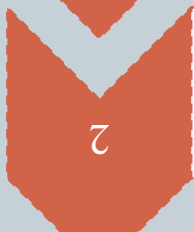




# Шұғыл көмек бірінші кезекте стеноздың сатысын анықтау, екінші дәрежелік себебін.



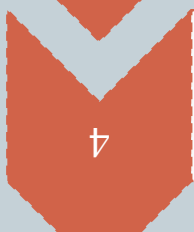
Blank text area for the first step.



Blank text area for the second step.



Blank text area for the third step.



Blank text area for the fourth step.

Стеноздың

3-дәрежелі

• Реттелетін

• Интенсивті

• Қалыптасқан

• Жылдам

• Аяқталған

• Қалыптасқан

• Аяқталған

• Қалыптасқан

• Аяқталған



- - II - III сатысы (декомпенсация): 1. Медикаментозды ем:
- - преднизолон 3% ерт60-90 мг (3-5 мг/кг балаға) б/і, т/і струйно;
- - хлоропирамин 2% -1,0 (0,1 балаға) н/е димедрол 1% -1,0 (0,1 балаға), б/і, т/і;
- - седуксен 0,5% -2,0 (0,1 мл/жыл балаға) б/і, т/і.
- - III-IV сатысында: 1.Трахеяның шұғыл интубациясы, қажет жағдайда ӨЖЖ (ИВЛ). Интубация жасай алмағанда коникотомия.

# Дифференциалды диагноз



- **Сараланған диагноз:** ларингоспазм, долдану, бронх демікпесі мен тыныс алу ағзаларының ерекше бұзылу кезінде өткізіледі. Анамнез деректерін мұқият жинау, жан-жақты және толық диагностикалау кезінде алынған деректердің мағынасын дұрыс ашып түсіндіру нақты диагноз қою мүмкіндігін береді.

# Емдеу тактикасы



- **Режим:** пациенттің күйіне қарай (еркін, палаталық, төсек, қатаң төсек);  
**Диета:** пациенттің жасына қарай.

# Амбулаториялық деңгейде дәрі- дәрмекпен емдеу:



- **Негізгі дәрілік заттар тізімі:**

*Гормональды құралдар:*

преднизолон 2-3мг/кг т/і, дексаметазон 0,6 мг/кг ішке;

*Бактерияға қарсы құралдар:*

Амок сициллин + клавулан қышқылы 20-40 мг/кг x ішке тәулігіне 3 рет -7-10 күн, бензилпенициллин натрий тұзы 100-150 мың БІРЛ Ед/кг/тәу 4 ретке бөліп б/і- 7-10 күн;

*Бейстероидті қабынуға қарсы құралдар:*

Ацетаминофенол 10-15 мг/кг – ішке бір реттік мөлшер, ибупрофен ішке 10-30 мг/кг/тәу 2-3 қабылдауға;

*Гистаминге қарсы құралдар:*

клемастин – 1 жасқа дейін ішке шәрбат 1-2,5мл, 1-3 жас – 2,5-5мл, 3-6 жас – 5мл, 6-12лет -7,5мл, лоратадин балаларға ішке: 2 жастан 12 жасқа дейін –5 мг/сут ( дене салмағы 30 кг аз болса), немесе 10 мг/тәу (дене салмағы 30 кг және одан жоғары болса) - 7 күн;

*Муколитиктер:*

амброксол балаларға ішке: 2 жасқа дейінгі балаларға 7,5 мг 2 рет/тәу, 2 жастан 5 жасқа дейін 7,5 мг 3 рет/тәу, 5 жастан жоғары 15 мг 2-3 рет/тәу, 12 жастан жоғары 30мг 2-3 рет/тәу;

*Ингаляциялар:*

сілтілі ингаляциялар, химотрипсинмен ингаляциялар

# Қолданылған әдебиеттер



- **Протоколы заседаний Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК, 2014**
  - Пайдаланған әдебиеттер тізімі: 1) Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. – М.: Медицина. -1997.-608с. 2) Преображенский Ю.Б., Чирешкин Д.Г., Гальперина Н.С. Микроларингоскопия и эндоларингеальная микрохирургия. – М.: Медицина, 1980. – 176с. 3) Поддубный, Белоусова Н.В., Унгиадзе Г.В. Диагностическая и лечебная эндоскопия верхних дыхательных путей. – М.: Практическая медицина, 2006. -256с. 4) Дайхес Н.А., Быкова В.П., Понамарев А.Б., Давудов Х.Ш. Клиническая патология гортани. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 160с. 5) Богомильский М.Р., Разумовский А.Ю., Митупов З.Б. Диагностика и хирургическое лечение хронических стенозов гортани у детей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -80с. 6) Зенгер В.Г., Наседкин А.Н., Паршин В.Д. Хирургия повреждений гортани и трахеи. М.: Издательство. «Медкнига», 2007.-364с. 7) Учайкин В.Ф. Детские инфекции. М. 2004. 8) Laryngoscope.2014 Jan;124 (1):207-13.doi: 10.1002/Lary.24141. Epub 2013 May 13. A randomized study of suprastomal stents in laryngotracheoplasty surgery for grade III subglottic stenosis in children. 9) Balloon dilation complication during the treatment of subglottic stenosis: background of the FDA class 1 recall for the 18 x 40-mm Acclarent Inspira AIR balloon dilation system.. Achkar J, Dowdal J, Fink D, Franco R, Song P. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2013 Jun;122(6):364-8. 10) Balloon dilatation to treat plasmacytosis of the supraglottic larynx. Mistry SG, Watson GJ, Rothera MP. J Laryngol Otol. 2012 Oct;126(10):1077-80. Epub 2012 Aug 21. 11) Management and prevention of endotracheal intubation injury in neonates. 12) Wei JL, Bond J. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2011 Dec;19(6):474-7. doi: 10.1097/MOO.0b013e32834c7b5c. Review. 13) Modalities of treatment for laryngotracheal stenosis: the EVMS experience. 14) Sinacori JT, Taliercio SJ, Duong E, Benson C. Laryngoscope. 2013 Dec;123(12):3131-6. doi: 10.1002/lary.24237. Epub 2013 Jun 28. 15) Balloon laryngoplasty in children with acute subglottic stenosis: experience of a tertiary-care hospital. Schweiger C, Smith MM, Kuhl G, Manica D, Marostica PJ. Braz J Otorhinolaryngol. 2011 Nov-Dec;77(6):711-5. English, Portuguese. 16) Williams M.A., Allen P.G., Myer C.M., Powerd instrumentation in laryngeal surgery. Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg 2002. 13,51-2. 17) O'Neill J., Black R. Powered microdebridement treatment for recurrent respiratory papillomatosis. Aust J Otolaryngol 2003.6.81-5.