

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті
Шымкент медицина институты
Дипломнан кейінгі білім беру факультеті

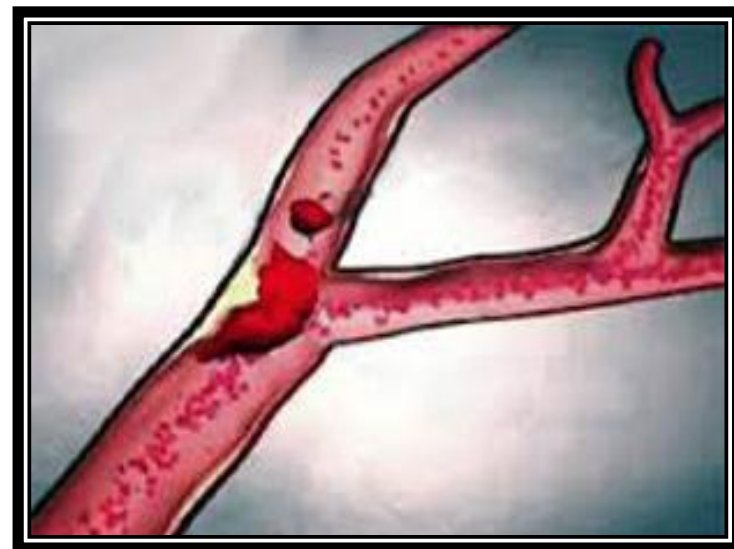
***Тақырыбы: Артерия қан
тамырларының тромбозы. Эмболия.***

Қабылдаған: Жүнісов.Б.Қ

Орындаған: Досымбетов.К

Тобы: ЖТД-632

2017ж



Тақырыптың маңыздылығы:

Артерия қан тамырларының тромбозы мен эмболиясы– өзінің асқынуларымен науқас өміріне қауіп төндіретін, жедел көмек беруді талап ететін сырқат.

Мақсаты:

Артерия қан тамырларының тромбозы мен эмболиясы жайлы аудиторияға мағлұмат беру.
Артерия қан тамырларының тромбозы мен эмболиясының маңыздылығын түсіндіру.

Жоспар:

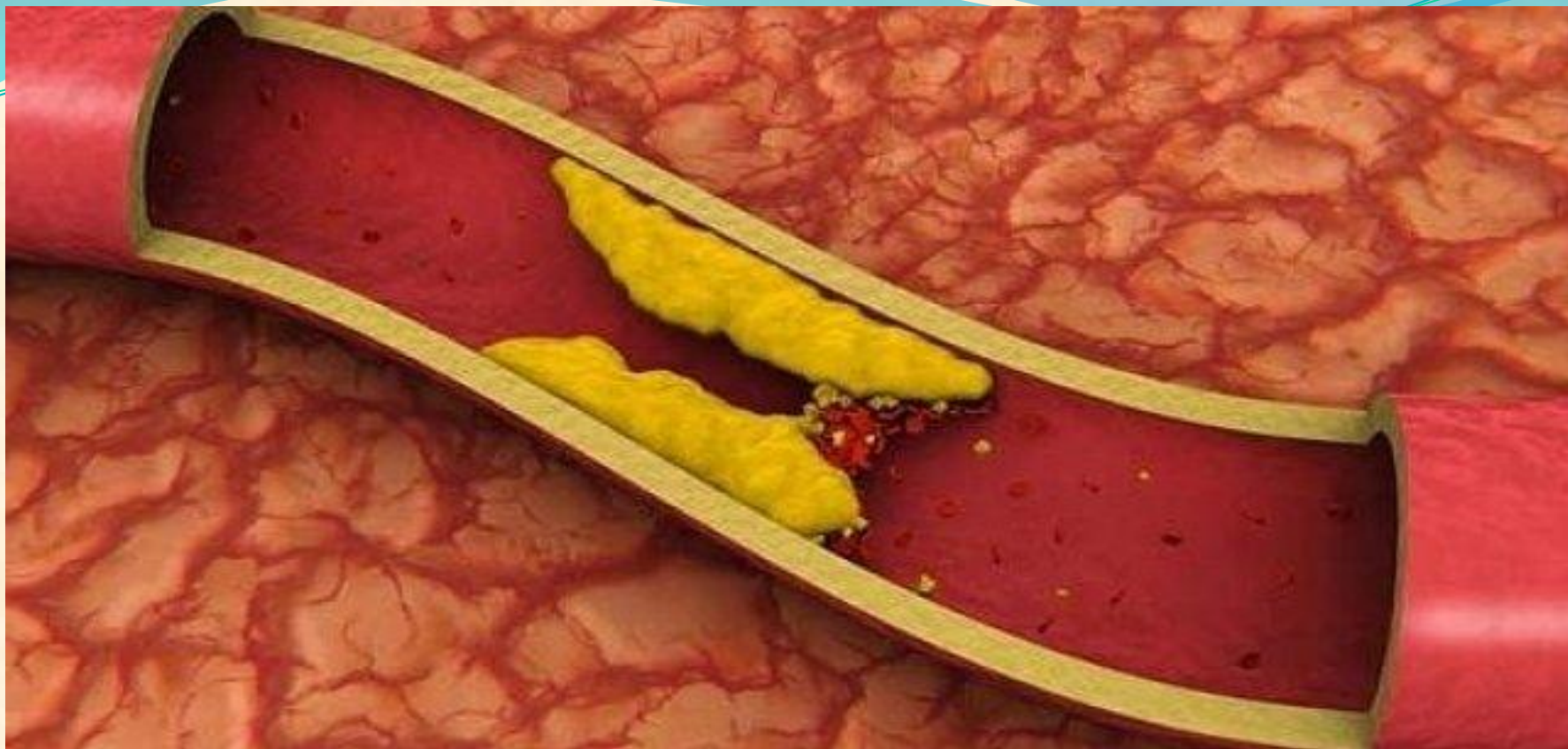
I Кіріспе

II Негізгі бөлім

- Артерия қан тамырларының тромбозы
- Эмболиялар

III Қорытынды

IV Пайдаланылған әдебиеттер



- **Тромбоз – қан тамырлары тармағында әр түрлі себептерден қан ұйындысының түзілуі.**

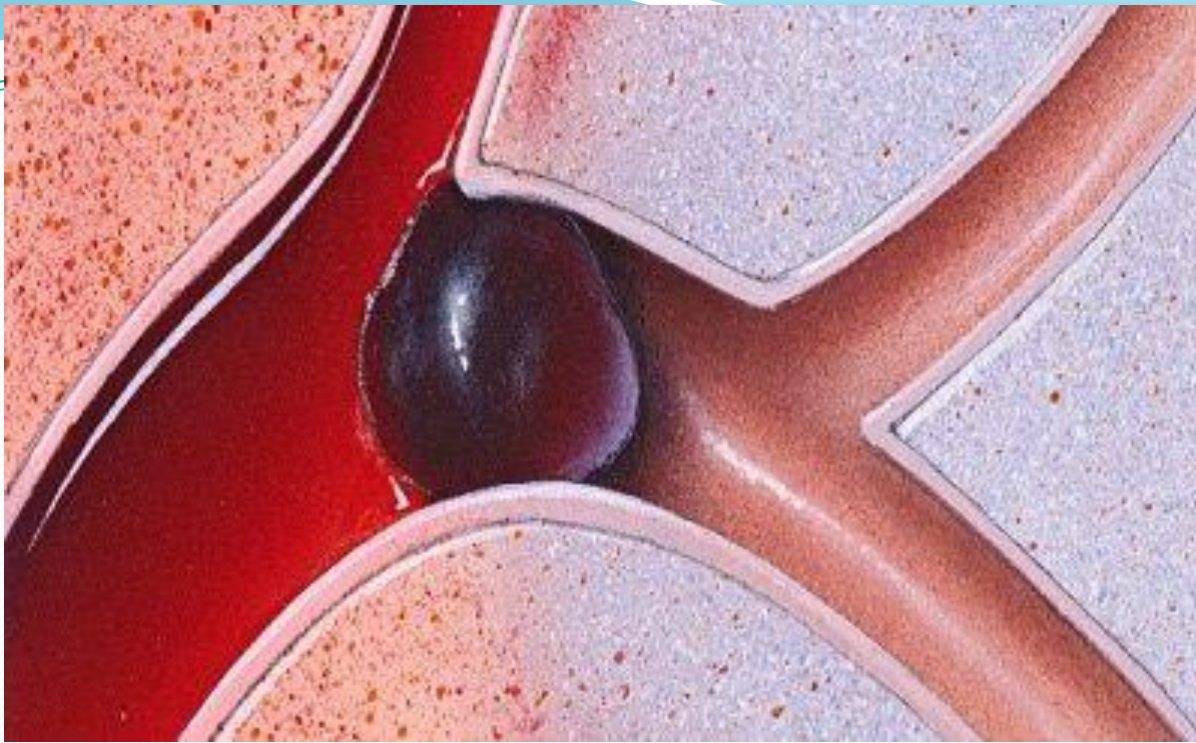
Себептері:

- тамыр қабырғасының бүтіндігінің бұзылуы;
- тамыр қабырғасының қабыну аурулары;
- гемостаз жүйесінің бұзылыстары;
- қан ағысының баяулауы;
- ангиографикалық тексерулер;
- қан тамырларына жасалынған реконструктивті операциялар;
- артерияшілік қан құю;
- тамыр қабырғасының қабыну аурулары т.б.

Патогенезі:

Тамыр қабырғасы эндотелиі бүтіндігінің бұзылуына жауап ретінде тромбоциттердің адгезиясы мен агрегациясы жүреді. Пайда болған агрегаттар өсуге бейім болады. Бұл тромбоциттерден бөлініп шығатын биологиялық белсенді заттарға байланысты.

Тромбоцитарлық факторлар мен биологиялық белсенді заттар тромбоциттердің агрегациясымен бірге қанның фибринолитикалық қасиетін төмендетіп, қанның ұю жүйесінің белсенділігін арттырады.



Осылайша тромбоцитарлық агрегаттар қанның ұю жүйесінің белсенділігі мен оның факторларының өзара әрекеті жүретін алаңға айналады.

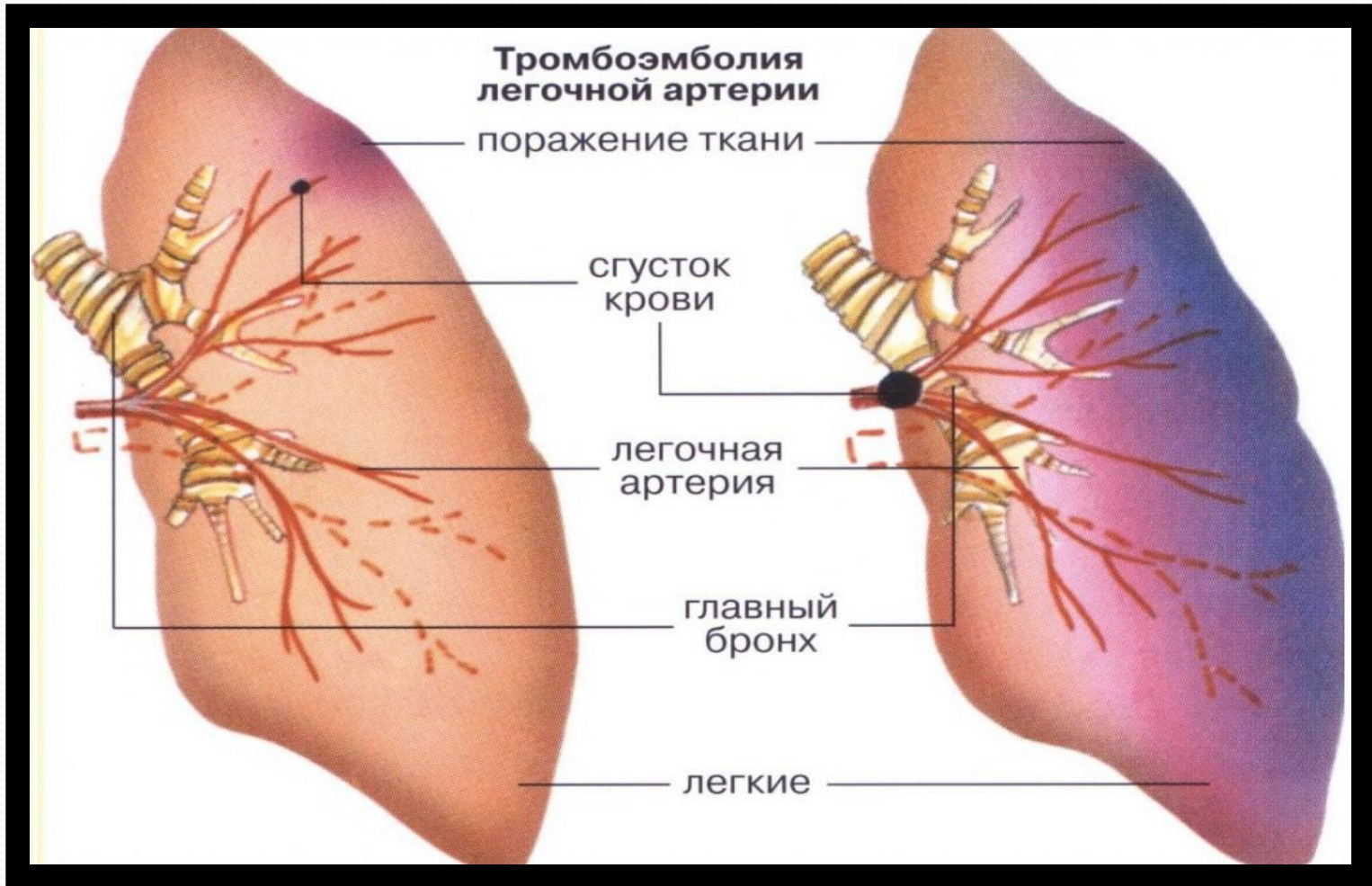
Нәтижесінде агрегат бетіне фибрин жіпшелері шөгіп, торлы құрылым түзіледі. Бұл құрылым өз кезегінде қанның формалық элементтерін ұстап қалып қан ұйындысына айналады.

● **Эмболия**-қан және лимфа ағымымен келген заттармен қан тамырларының бітелуі. *Экзогендік эмболия* ауамен, газбен (сүңгуірлерде) , құрттармен, бактериялармен, бөгде заттармен бітелгенде дамиды. *Эндогенді эмболия* ауыр жарақаттарда үзілген тромбтармен, тіндермен, майлармен бітелгенде дамиды. Әдетте эмболдар қан ағымымен бағыттас қозғалады, кей кездерде қан ағымының баяулауынан эмбол өзінің салмағының әсерінен кері қозғалуы мүмкін, бұндай эмболияны *ретроградтық эмболия* деп атайды. *Парадоксальдық эмболияда* жүрекшеаралық немесе қарыншааралық перделерде ақаудың болуынан эмбол кіші қан айналымына түспей бірден үлкен қан айналым шеңберіне өтеді.

- Эмболдардың орналасуына байланысты кіші қан айналым эмболиясы, үлкен қанайналым эмболиясы, қақпа венасының эмболиясы деп бөлінеді.

- Артерия қан тамырларының эмболиясы сол артерияның қанмен қамтамасыз ететін аймағының ишемиясына, кейін инфарктына әкеледі. Веналардың эмболиясы веноздық гиперемияға әкеледі, ісінулер дамиды.

● **Өкпе артерияның тромбоэмболиясы (ӨАТЭ)** – өкпе артериясы негізгі бағаны немесе тармағының кенеттен эмболмен (тромбпен) бітелуінен өкпе паренхимасында қанайналымның тоқтауын айтады.



Даму варианты бойынша жіктелуі: (Ю.В. Аншелевич, Т.А. Сорокина, 1983):

1. Жіті түрі: төсте кенеттен басталған ауыру сезімі, ендігу, АҚҚ төмендеуі, жіті өкпелік жүрек белгілері.
2. Жітілеу түрі: өршіген тыныс және оң қарыншалық жетіспеушілік және өкпе инфаркты белгілері, қан түкіру.
3. Рецидивті түрі: қайталамалы ендігу, талу, өкпе инфарктының белгілері.

Өкпе артерияларының окклюзиясы дәрежесі бойынша:

1. Шамалы – қан тамыр өрімінің жалпы алаңының 30% (ендігу, тахипноэ, бас айналу, қорқыныш сезімі).
2. Орташа – 30-50% (кеудеде ауыру сезімі, тахикардия артериальды қысымның төмендеуі, кенеттен әлсіреу, өкпе инфаркт белгілері, жөтел, қан түкіру).
3. Көлемді – 50% жоғары (жедел оң қарыншалық жетіспеушілік, обструктивті шок, мойын веналарының ісінуі).
4. Аса көлемді – 70% жоғары (кенеттен ес жоғалуы, дененің жоғарғы бөлігінің диффузды цианозы, қан айналымның тоқтауы, тырысулар, тыныс тоқтауы).

Диагностика критерилері

ӨАТЭ айқын кардиореспираторлы бұзылыстармен жүреді, ал майда тармақтар окклюзиясы кезінде өкпе инфаркты деп аталатын өкпелік паренхиманың геморрагиямен тығыздалуы (жиі келесі некрозданумен).

ӨАТЭ кезінде байқалады:

- кенеттен ендігу (ортопноэ тән емес);
- қорқу;
- күрт әлсіздік, бас айналу.

Өкпелік инфаркттың дамуында – жөтел, кеудеде ауыру сезімі (тыныс алу актісінде көбінесе фибринозды плеврит пайда болғанда), қантүкіру.

Қарап тексергенде анықталады:

- Мойын веналарының пульсациясы мен ісінуі;
- Жүрек шекарасының оңға ұлғаюы;
- Эпигастральді пульсация, тыныс алу кезінде күшейеді;
- Өкпелік артерияда II тонның акценті және екі еселенуі;
- Әлсіреген тыныс және /немесе шектелген аймақтарда майда көпіршікті сырылдар, құрғақ сырылдар болуы мүмкін;
- Плевраның үйкеліс шуы;
- Бауырдың ұлғаюы;
- Әртүрлі айқын цианоздар;
- Гипертермия (коллапс кезінде) $37,8^{\circ}\text{C}$ жоғары (тұрақты) 2-3 тәулікке дейін;
- Тахипноэ минутына 20 артық;
- Кеудеде ауыру сезімі;
- Жөтел (ХОБЛ қатысуынсыз өнімсіз);
- Тахикардия минутына 100 артық;
- Қантүкіру (әсіресе қақырықтағы қан ұйындыларымен);
- Артериалды-альвеоларлы айырмасының жоғарылауы (pO_2).

Терең веналар тромбозының болу мүмкіндігінің критерилері:

- Ісік (өкпенің, қуық асты безінің, ұйқы безінің), алдыңғы 6 ай ішінде анықтау;
- Салдану кезінде аяққа иммобилизация немесе гипсті таңғыш салу;
- Сан мен балтырдың ісінуі;
- 3 күннен артық төсектік режим немесе алдыңғы 4-6 апта ішінде операция;
- Терең веналар бойымен пальпациялағанда жергілікті ауыру сезімі;
- Балтырдың біржақты 3 см-ге артық ісінуі;
- Біржақты шектелген ісінулер;
- Беткей веналардың кеңеюі.

ӨАТЭ болу мүмкіндіктері:

- 3 және оданда көп белгілердің болуы-жоғары;
- 2 белгі-орташа;
- 2 белгіден аз – төмен немесе альтернативті диагноз.

● Объективті тексеру

● ӨАТЭ электрокардиографиялық диагностикасы:

- - P-pulmonale (оң жақ жүрекшенің жүктемесі);
- - Жүрекшенің электрлік осінің оңға айналымы (Мак-Джина-Уайт синдромы - I стандартты әкетудегі терең S тісшесі, III әкетудегі Q тісшесі мен T тісшесінің болмауы);
- - Өтпелі аймақтың солға ығысуы;
- - Оң жақ жүрекшенің жүктемесі;
- - Гис шоғырының оң тармағының жедел дамыған толық блокадасы;
- - Инфаркт тәрізді өзгерістер – II III aVF әкетулерінде ST тісшесінің элевациясы немесе V1-4 әкетуде ST тісшелерінің жоғары тұруы (миокард инфарктынан айырмашылығы ӨАТЭ реципрокты өзгерістер тән емес);
- - Оң жақ (V1-3) кеуде әкетуіндегі T тісшесінің инверсиясы.
- 20% жағдайда ӨАТЭ ЭКГ-да өзгерістер тудырмайды.

● Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Өмірге маңызды ағзалар қызметін және жалпы жағдайын бағалау: есі, тынысы (минутына 20 артық тахипноэ) және қан айналымы.
- 2. Науқас қалпы: отыруға немесе жоғарылап отырғанда ұмтылдырмай, жиі көлденең орналастыру.
- 3. Жедел өкпе-жүрек және өкпелік гипертензия белгілерінің анықтамасы:
 - мойын веналарының ісінуі мен пульсациясы;
 - жүрек шекарасының оңға кеңеюі;
 - тыныс алғанда күшейетін эпигастральды пульсация;
 - өкпе артериясында II тонның акценті мен екі еселенуі;
 - бауырдың ұлғаюы.
- 4. Пульсті зерттеу, жүректің жиырылу жиілігін және артериялды қан қысымды өлшеу: тахикардия, аритмия, гипотония болуы мүмкін.
- 5. Өкпе аускультациясы: әлсіреген тыныс немесе оқшауланған аймақтарда ұсақ көпіршікті сырылдар, кейде құрғақ сырылдар болуы мүмкін.
- 6. Біріккен симптомдардың болуын анықтау: кеудеде ауыру сезімі, жөтел және қан түкіру, гипертермия.
- 7. Флеботромбоз және тромбофлебит белгілерін анықтау үшін аяқты қарау:
 - аяқтардағы асимметриялы ісіну;
 - балтыр аймағында және санның тізе үстінен 15 см деңгейінде асимметриясы;
 - тері жабындылары түсінің өзгеруі (қызару, тері асты веналарының суретінің күшеюі);
 - вена бойымен пальпациялағанда ауыру сезім;
 - балтыр бұлшықетінің қатаюы және ауырғыштығы.
- 8. ЭКГ тіркеуі – ӨАТЭ кезінде ЭКГ-дағы жедел типті белгілердің пайда болуы.

Медициналық көмек көрсету тактикасы

Шұғыл көмек:

1. ӨАТЭ күдік туғанда барлық жағдайда антикоагулянтты терапияны жүргізеді:
 - гепарин 5 000 ХБ көк тамырға, құю;
 - варфарин 2,5 мг, немесе ацетилсалицил қышқылы 160-325 мг ішке, шайнау.
2. Тромболитикалық терапияны міндетті түрде жүргізу:
 - преднизолонды 60-90 мг көк тамырға струйно енгізгеннен кейін, 30 мин ішінде;
 - стрептокиназа 250 000 ХБ көк тамырға тамшылатып, сонан соң 1 250 000 ХБ тамшы түрінде 100 000 ХБ/сағ жылдамдығында енгізу;
 - алтеплаза (актилизе) 15 мг вк/т болюсті, сонан соң 0,75 мг/кг 30 мин ішінде, сосын 0,5 мг/кг 60 мин ішінде енгізу.
3. Қан айналымы тоқтаған кезде жүрек - өкпелік реанимацияны жүргізу.
4. Гипоксия коррекциясы – ұзақ оксигенотерапия.
5. Ауыру синдромын жою:
 - айқын ауыру синдромында – наркотикалық анальгетиктер (кіші қан айналымда қысымды төмендетеді және ендікпені азайтады) - морфин 1 мл 1% ерітіндіні (10 мг) 20 мл 0,9% натрий хлорид ерітіндісімен к/т бөліп 4-10 мл 5-10 мин сайын, ендікпен ауыру сезімін басу немесе фентанил 1-2 мл 0,005% ерітіндісін (0,05-0,1 мг) 1-2 мл 0,25% дроперидол ерітіндісімен (систолалық артериалды қысым 90 мм сн.б. төмен болған жағдайда дроперидол енгізілмейді!);
 - инфарктты пневмония кезінде (дене қалпымен, жөтелмен, тыныс алумен байланысты кеуде қуысында ауыру сезімі) – наркотикалық емес анальгетиктер – кеторолак к/т 30 мг (1,0 мл), осы мөлшерді 15 секунд ішінде енгізу қажет.

● 6. Жедел оң қарыншалық жетіспеушілік, артериалды гипотензия және шок кезінде:

● - тек к/т допаминді тамшылатып, 100-250 мкг/мин (1,5 – 3,5 мкг/кг/мин) (400 мг допаминді, 250 мл 0,9% натрий хлорид ерітіндісімен) к/т енгізгеннен кейін емдік әсері 5 мин ішінде басталады, ұзақтығы – 10 минут.

● - пентакрахмал 400 мл к/т тамшылатып, 1 мл/мин жылдамдықпен.

● 7. Бронхоспазм дамығанда:

● - β_2 -адреномиметиктерді ингаляция арқылы енгізу – сальбутамол 2,5 мг небулайзер арқылы 5-10 минут ішінде, әсері қанағатсыз болған кезде ингаляцияны 20 мин кейін қайталау;

● немесе

● - к/т 2,4% 1,0 мл аминофиллинді баяу (10,0 мл көп емес) 20 мл натрий хлоридін изотоникалық ерітіндісімен енгізу. Пароксизмальды тахикардия және ауыр артериальды гипертензия, эпилепсияның болмауы, миокард инфаркті анықталмағанда, тұрақты систолалық артериальды қысым > 100 мм.сн. б . төмен болмағанда аминофиллинді енгізуге болады.

● 8. Сатурация мен гемодинамиканың көрсеткіштерінің міндетті тұрақты бақылау!

●

Шұғыл госпитализацияға көрсеткіш: ӨАТЭ күдіктенгенде барлық науқастарды реанимация бөлімшесіне немесе мүмкіндігінше қан тамыр хирургия бөлімшесі бар стационарға жатқызады. Науқасты зембілге жатқызып, басын жоғары көтерген күйде қажетінше реанимобильде тасымалдайды.

● **Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:**

- 1. *Гепарин 5000 Б, амп.
- 2. *Стрептокиназа 1500000 ХБ, фл.
- 3. *Варфарин 2,5 мг, табл.
- 4. *Преднизолон 30 мг, амп.
- 5. *Натрий хлориді 0,9% - 400,0 мл, фл.
- 6. *Допамин 0,5% - 5,0 мл, амп.
- 7. *Оттегі, мЗ.
- 8. *Пентакрахмал 500,0 мл, фл.
- 9. *Кеторолак 30 мг – 1,0 мл, амп.
- 10. *Морфин 1% - 1,0 мл, амп.
- 11. *Сальбутамол 0,1 мг дозада, ингалятор 200 доз, неб.
- 12. *Натрий хлориді 0,9% - 5,0 мл, амп.

● **Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:**

- 1. *Ацетилсалицил қышқылы 500 мг, табл.
- 2. *Аминофиллин 2,4% - 5,0 мл, амп.
- 3. *Фентанил 0,005% - 2,0 мл, амп.
- 4. *Дроперидол 25 мг – 10,0 мл, фл.

- **Емнің келесі кезеңіне ауыстыру критерилері:** науқастың жағдайын тұрақтандыру.

артерия
нижней
конеч-
ности

эмбол



Қорытынды

Артерия қан тамырларының тромбозы мен эмболиясы– өзінің асқынуларымен науқас өміріне қауіп төндіретін, жедел көмек беруді талап ететін сырқат.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:



1. Хирургические болезни: Кузин. М. И.; Москва-2012г;
 2. Хирургическая инфекция: Е. А. Столяров, Б. Д. Грачев, А. В. Колсанов; ред. Г. П. Самара -2004;
 3. Хирургиялық аурулар. Апсатаров. Е. А. Алматы-1997ж;
 4. Горюнов С. В. Гнойная хирургия: Атлас/под ред. И. С. Абрамова/ С. В. Горюнов, Д. В. Ромашов, И. А. Бутивщенко. Москва-2004;
 5. Нартайлаков М. А. Общая хирургия: Ростов н/Д: Феникс, 2006;
- Google.kz





Назарларыңызға рахмет!