Сондай-ақ: E-022 ICD санаты: көмей стенозы (J38. 6)

Бөлім нұсқасы (қосымша: 2): жол қозғалысы ережесі 2007 ж

**ҚЫСҚАША СИПАТТАМА**

**Көмей стенозы** - көмей люменінің тарылуы, ауаның глоттис арқылы өтуінің тез немесе біртіндеп қиындауына әкеледі.

**Хаттама коды:** E-022 " Көмей стенозы "  
**Профиль**: жедел медициналық көмек

**МКБ-10-10 коды (кодтары):** J38.6 Көмей стенозы

Бөлім нұсқасы (қосымша: 2) ПДЛ 2007

**ЖІКТЕУ**

**Даму жылдамдығы және этиологиялық фактор бойынша жіктеу:**

1**. Найзағай жылдам.** Ол қысқа уақыт ішінде дамиды - бірнеше секундтан бірнеше минутқа дейін.

Этиологиясы: көмейдегі бөгде зат, көмей жарақаттары.

2. **Өткір.** Ол ұзақ уақыт аралығында дамиды - бірнеше минуттан бір күнге дейін.

Этиологиясы. Ісіну - аллергиялық және қабыну процесінде (эпиглоттит, хондроперихондрит, көмей абсцессі, көмей тонзиллиті, мойын флегмондары және т. б.); жарақаттар (оқ жарақаттары, термиялық және химиялық күйіктер), хирургиялық араласулар (струмэктомия кезінде төменгі көмей нервтерінің зақымдануы), ұзақ жоғарғы трахеобронхоскопия, эндотрахеальды анестезия кезінде травматикалық интубация, дауыс қатпарларының рефлекторлық спазмы жауынгерлік улы заттарға (мысалы, хлорға) ұшыраған кезде; жедел респираторлық вирустық инфекциялардағы ларинготрахеит (ерте балалық шақта ісінудің ең көп тараған себебі).

**3. Субакута.** Ол бірнеше күн ішінде дамиды (бір аптаға дейін).

Этиологиясы. Көмей дифтериясы, сондай-ақ жедел көмей стенозының дамуына әкелуі мүмкін аурулар.

**4. Созылмалы.** Ол бірнеше апта, ай немесе жыл ішінде дамиды.

Этиологиясы. Балалардағы көмей папилломатозы, көмейдің қатерсіз және қатерлі ісіктері; ерекше инфекциялық гранулемалар - гуммозды мерез, туберкулез, склерома, алапес; көмейдің хондроперихондритінің, күйіктердің, травматикалық жарақаттардың, оқ жарақаттарының салдарынан болатын тыртықты өзгерістер; төменгі көмей нервтерінің сал ауруына әкелетін ішектен тыс процестер; туа біткен және жүре пайда болған көмейдің мембраналары мен кисталары.

**Көмей стенозының кезеңдері (дәрежесі)**

**I. өтемақы кезеңі тыныс алудың тереңдеуімен және төмендеуімен, тыныс алу мен** дем шығару арасындағы үзілістердің төмендеуімен, импульстің төмендеуімен, физикалық жүктеме кезінде тыныс алудың тыныс алуының пайда болуымен сипатталады.

II. Толық емес өтемақы кезеңі. Тыныс алу үшін көп күш қажет, тыныс алу шулы, алыстан естіледі, тері бозарады. Науқас тынышсыз әрекет етеді, асығады, тыныс алу кезінде мойын мен кеуде бұлшықеттері белсенді қатысады, супраклавикулярлық және субклавиялық кеңістіктердің, мойын шұңқырының, қабырға аралық кеңістіктердің және эпигастрий аймағының тыныс алу кезінде тартылуы байқалады. Сипатталған белгілер шамалы физикалық белсенділікпен көрінеді.

III. Тыныс алудың декомпенсация кезеңі: науқастың жағдайы ауыр, тыныс алу жиі, Үстірт, теріде бозғылт көкшіл реңк бар, бастапқыда акроцианоз байқалады, содан кейін-кең таралған цианоз. Науқас басын артқа еңкейтіп, жартылай отыруға мәжбүр болады, кеңірдек дем алған кезде төмен және дем шығарған кезде жоғары экскурсиялар жасайды, тершеңдік пайда болады, импульс жиі, әлсіз толтырылады.

IV. Терминал кезеңі (асфиксия): науқаста өткір шаршау мен немқұрайлылық дамиды, тыныс алу Үстірт, үзік-үзік (Чейн-Стокс), терісі бозғылт сұр, импульс жиі, жіп тәрізді, оқушылар кеңейеді, содан кейін сананың жоғалуы, еріксіз зәр шығару, дефекация және өлім пайда болады.

Бөлім нұсқасы (қосымша: 2):ПДЛ 2007

**Диагностика**

**Диагностикалық критерийлер**  
Көмей стенозының себебін әдетте анамнезді жинау кезінде және көмейді тексеру нәтижелері негізінде анықтауға болады.

Көмей стенозының себебіне және даму жылдамдығына қарамастан негізгі клиникалық белгілер:

1. Тыныс алудың қысқаруы.

2. Мойын мен кеуде бұлшықеттерінің тыныс алу актісіне қатысу, кеуде қуысының иілгіш аймақтарының тартылуымен бірге жүреді (мойын, үстіңгі және субклавиялық шұңқырлар, интеркостальды саңылаулар және ингаляция кезінде эпигастрий аймағы).

3. Қалқанша шеміршектің экскурсиясы анықталады, дем алған кезде төмен және дем шығарған кезде жоғары.

4. Тыныс алу ритағының баяулауы (тыныс алудың баяулауы, тыныс алу үзілістерінің төмендеуі).

5. Ішектің шуылының пайда болуы, дауыстың өзгеруі (қарлығу немесе үнсіз).

6. Веноздық стаз.

7. Пароксизмальды импульс (ингаляция кезінде баяулау және / немесе жоғалу).

**Негізгі диагностикалық іс-шаралар тізімі:**

1. Анамнезді және шағымдарды жинау, жалпы терапевтік.

2. Визуалды тексеру, жалпы терапевтік.

3. Тыныс алу жиілігін өлшеу, өкпенің аускультациясы.

4. Қан қысымын, импульсті өлшеу.

5. Қосымша жарық көздерін, шпательді және айналарды пайдаланып жоғарғы тыныс жолдарын тексеру.

**Қосымша диагностикалық іс-шаралар тізімі:**

1. Қанның газ құрамын анықтау.

2. Реаниматологтың кеңесі.

Бөлім нұсқасы (қосымша: 2): ПДЛ 2007

**ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОЗ**

**Дифтерия және басқа этиологияның дифференциалды диагностикасы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Белгісі** | **Нағыз дифтериялық круп** | **Жалған круп** |
| Дауыс | Тұрақты афонияға айналатын  дауыстың қарлығуы | Дауыстың қарлығуы тұрақты емес,  афония жоқ |
| Жөтел | Құрғақ, дөрекі, үрген,  саңырау дыбысты жоғалтады,  толық афонияға дейін | Дөрекі, үрген, дыбысын жоғалтпайды |
| Рейдтер | Лас ақ, кетіру қиын, бляшкаларды  алып тастағаннан кейін  қан кететін бет қалады | Үстірт, оңай алынып тасталады |
| Жатыр мойны  Лимфа  түйіндері | Үлкейген, екі жағынан ісінген,  аздап ауыратын, түйіндердің  айналасындағы талшықтардың ісінуі | Үлкейген, өте ауыр, ісіну жоқ  жеке лимфа түйіндері пальпацияланады |
| Стеноздың  дамуы | Көмей стенозы біртіндеп дамиды,  алдымен тыныс алу шулы,  тұншығу шабуылына айналады,  өздігінен өтпейді | Стеноз кенеттен пайда болады,  көбінесе түнде тыныс алу қатты,  алыстан естіледі,  кейде стеноз өздігінен өтеді |

Бөлім нұсқасы (қосымша: 2): ПДЛ 2007

**Емдеу**

**Медициналық көмек көрсету тактикасы**

**Емдеу мақсаттары:**

1. Тыныс алу функциясын мүмкіндігінше тез қалпына келтіріп, науқастың жағдайын жақсарту.

2. Көмей стенозының дамуын болдырмаңыз.

3. Өлімнің алдын алу.

**Дәрі-дәрмекпен емдеу**

Емдеу әдісін таңдау, ең алдымен, стеноз сатысымен, ал екіншісінде стенозды тудырған себеппен анықталады.

**Көмей стенозының III дәрежесінде (субкомпенсация):**

1. Науқас үшін эмоционалды және психикалық тыныштық жасаңыз.

2. Жоғарғы тыныс жолдарының патенттілігін қалпына келтіру және сақтау. Гипертермия мен жүрек-қан тамырлары жеткіліксіздігі болмаған кезде тағайындалатын рефлекторлық алаңдататын процедуралар (ыстық аяқ ванналары, кеудеге қыша сылақтары және балтыр бұлшықеттері, бумен ингаляция) арқылы стеноз құбылыстарын азайтуға тырысыңыз.

3. Жартылай отыру, жылы сілтілі сусын.

4. Ылғалданған оттегін ингаляциялау.

**II - III дәрежелі (декомпенсация):**

**1. Дәрі-дәрмекпен емдеу:**

- преднизолон 3% р-р 60-90 мг (баланың салмағы 3-5 мг/кг) в/м, в / в реактивті;

- хлоропирамин 2% -1,0 (баланың өмір сүру жылына 0,1) немесе димедрол 1% -1,0 (баланың өмір сүру жылына 0,1), в / м, в/в;

- седуксен 0,5% -2,0 (баланың өмір сүру жылына 0,1 мл) в / м, в / в.

**III-IV дәрежелі стеноз кезінде:**

1. Трахеяның жедел интубациясы және қажет болған жағдайда науқасты желдеткішке ауыстыру. Егер интубацияны орындау мүмкін болмаса және өмірге нақты қауіп төнсе, коникотомия жасалады.

**Шұғыл госпитализацияға көрсеткіштер:**

1. III-IV дәрежелі Стеноз-реанимация бөліміне.

2. Стеноздың аз дәрежеде дамуы.

3. Дифтерия крупына күдік.

**Негізгі дәрі-дәрмектердің тізімі:**

1.\* Ингаляцияға арналған оттегі (медициналық газ)

2.\* Преднизолон инъекцияға арналған ерітінді 30 мг / мл

3.\* Диазепам 2 мл ампуладағы 5 мг / мл инъекциялық ерітінді

4. Димедрол ампуладағы 10 мг / мл инъекциялық ерітінді

**Қосымша дәрі-дәрмектердің тізімі:**

1. \* Ампуладағы 20 мг/мл инъекцияға арналған Хлоропирамин ерітіндісі

**Медициналық көмек көрсету тиімділігінің индикаторлары:**

1. Тыныс алу функциясын қалпына келтіру.

2. Науқастың жағдайын жақсарту.

\* - негізгі (өмірлік маңызды) дәрілік заттар тізіміне кіретін препараттар.