Сондай-ақ: E-020 МКБ санаты: анықталмаған локализация аорта аневризмасы жыртылған (I71. 8)

Бөлім нұсқасы (қосымша: 2): ПДЛ 2007 ж

**ҚЫСҚАША СИПАТТАМА**

**Аорта аневризмасы-**қолқаның 2 есе немесе одан да көп тұрақты кеңеюі, іш қуысында жиі кездеседі (жағдайлардың 90% - дан астамы). Аорта аневризмасының жарылуы мен диссекциясы гиповолемиялық шокпен бірге жүреді және болжамы өте нашар.

**Аорта диссекциясы-**интиманың жарылуы, содан кейін қабырғаның әртүрлі ұзындықтағы диссекциясы және ортаңғы қабатқа қан кетуі.

**Хаттама коды:** E-020 " Қолқа аневризмасының диссекциясы және жарылуы "  
**Профиль:** жедел медициналық көмек

**Кезеңнің мақсаты:** барлық өмірлік маңызды жүйелер мен органдардың қызметін қалпына келтіру, тұрақты гемодинамиканы сақтау

**МКБ-10-10 коды (кодтары):**

I71.0 қолқа диссекциясы (кез келген бөлік)

171.1 қолқаның кеуде бөлігінің аневризмасы жыртылған

I71. 2 қолқаның кеуде аневризмасы, жыртылу туралы айтылмайды

171.3 іштің аорта аневризмасы жарылған

I71.4 абдоминальды аорта аневризмасы жыртылу туралы айтылмайды

171.5 кеуде және іш қолқасының аневризмасы жарылған

I71. 6 кеуде және іш қолқасының аневризмасы, жыртылу туралы айтылмайды

I71. 8 анықталмаған локализацияланған аорта аневризмасы жыртылған

I71. 9 қолқа аневризмасы анықталмаған локализация, жыртылу туралы айтылмайды

Бөлім нұсқасы (қосымша: 2): ПДЛ 2007

**Классификация**

**Қолқа диссекциясының локализациясы бойынша:**

1. Проксимальды-жоғары көтерілетін қолқа бөліміндегі жақындықтың үзілуі, диссекцияның төмен түсетін қолқаға таралуы мүмкін.

2. Дистальды-тек кеуде қолқасының төмендеу бөлімі қатысады. Қолқа аневризмасының жарылуы көбінесе төмендейтін бөлімде орналасады.

Бөлім нұсқасы (қосымша: 2):ПДЛ 2007

**Диагностика**

**Диагностикалық критерийлер**

Симптоматология зақымданудың орналасуына және таралуына байланысты.

Қатты ауырсынудың найзағайдан басталуы. Кеуде қолқасының зақымдануы кезінде ауырсыну төс сүйегінің артында немесе жатыр аралық аймақта локализацияланған. Науқас ауырсынуды төзімсіз, жыртылған, бұрғыланған деп сипаттайды (ауырсыну жыныстық қатынастың бұзылуына байланысты).

Іштің аорта бөлігінің зақымдануымен ауырсыну іште локализацияланған (көбінесе эпигастрийде), арқаға, шап аймағына таралады, бір жақты болуы мүмкін.

Интимдік алшақтық пайда болған кезде қан қысымы жоғарылауы мүмкін, содан кейін азаяды. Гиповолемиялық шоктың белгілері (сананың бұзылуы, тахикардия, қан қысымының күрт төмендеуі). Кейде клиникалық көрініс кенеттен сананың жоғалуымен көрінеді, бұл диагнозды одан әрі қиындатады.

Жалпы белгілері: өткір әлсіздік, бас айналу, жүрек айну, икырық, құсу.

Әр түрлі органдардың ишемиясының белгілері: миокард инфарктісі, инсульт, бүйрек жеткіліксіздігі, аяқтардағы импульстің болмауы және т. б.

Қолқаның диссекциясы мен жыртылуын диагностикалауға көмектесетін ерекше белгі немесе симптом жоқ екенін есте ұстаған жөн.

Жедел қолқа диссекциясының жетекші көрінісі-бұл кеудедегі өте қарқынды ауырсынудың кенеттен шабуылы (90% жағдайда). Көбінесе ауырсыну кеуде қуысының алдыңғы бетінде локализацияланған және интеркапулярлық кеңістікке таралады. Егер ауырсыну кеуде қуысының алдыңғы бетімен шектелсе, жоғары көтерілетін қолқаның диссекциясы ең ықтимал, ал егер ауырсыну тек Арқада орналасса, төмен түсетін қолқаның диссекциясы ең ықтимал.

Аорта диссекциясы клиникалық түрде синкопальды жағдайлармен, әдетте жүрек тампонадасынан туындаған жедел жүрек жеткіліксіздігімен немесе аорта қақпақшасының жедел жеткіліксіздігімен, Дик-мен де көрінуі мүмкін. Сонымен қатар, артериялардың диссекциясы бұзылған қан айналымының бұзылуы нәтижесінде әртүрлі ишемиялық синдромдар байқалуы мүмкін. Мысалы, миокард инфарктісі, жедел ми ишемиясы, бүйрек жеткіліксіздігі, реноваскулярлық гипертензия, мотор және сенсорлық жетіспеушілікпен алдыңғы жұлын артериясының қысылуынан туындаған жұлын ишемиясы, ішек ишемиясы, аяқ-қол ишемиясы, аяқ-қолдарда импульстің болмауы немесе әлсіреуі.

**Қолқа аневризмасының диссекциясы мен жарылуының тән белгілері:**

- кеуде қуысында немесе іште кенеттен қатты ауырсыну;

- терінің түсінің өзгеруі (бозару, мәрмәр, цианоз);

- суық жабысқақ тер;

- науқастың қозуы немесе қысымы;

- моторлық мазасыздық;

- аяқ - қолдарда импульстің болмауы немесе әлсіреуі.

**Физикалық тексеру**

Физикалық тексерудің қарапайым әдістерін қолдана отырып, қолқа диссекциялық аневризмасы бар көптеген науқастарға тән қан қысымының жоғарылауын анықтауға болады. Жедел жүрек жеткіліксіздігі жағдайында, соның ішінде жүрек тампонадасында қан қысымының төмендеуі, тахикардия, орталық веноздық қысымның жоғарылауы, жатыр мойны тамырларының созылуы, парадоксальды импульс анықталады. Қолқа диссекциясының критерийі болып табылатын импульстің болмауы немесе әлсіреуі.

Қолқа жеткіліксіздігі көтерілетін қолқа диссекциясы бар науқастардың көпшілігінде кездеседі. Сирек, доға немесе төмен түсетін қолқа диссекциясының ретроградтық таралуы қолқа қақпағын қамтуы мүмкін, бірақ тұтастай алғанда, бұл жоғары көтерілетін қолқадағы диссекцияның басталуын көрсетеді. Сол жақ плеврадағы қабыршақтайтын аневризманың сыртқы жарылуы өкпенің перкуссиясымен және тыныс алу шуларының әлсіреуімен күңгірт болады.

Гемиплегия түріндегі неврологиялық симптомдар каротид артерияларының зақымдалуына және параплегия түрінде - алдыңғы жұлын артериясына байланысты болуы мүмкін. Аяқ-қолдың Елеулі ишемиясы терең сіңір рефлекстерінің жоғалуымен, анестезиямен және параличпен көрінеді.

**Мүмкін зертханалық зерттеулер:**

1. Миокард инфарктісімен дифференциалды диагностика үшін жедел тест арқылы тропонин Т анықтау.

**Аспаптық зерттеулер**

**Электрокардиограмма.** Қолқа диссекциясының нақты электрокардиографиялық белгілері жоқ. Электрокардиограммада ілеспе патологияның белгілері немесе аорта диссекциясының салдары - гипертрофия және перикардиальды тампонада табылуы мүмкін. Коронарлық артерияларды қамтитын диссекция жағдайында ЭКГ-да ишемияға немесе инфарктқа тән өзгерістер болады. Екінші жағынан, кеуде қуысының қарқынды ауырсынуымен ЭКГ-да патологиялық өзгерістердің болмауы жедел миокард инфарктісін болдырмауға мүмкіндік береді.

**Негізгі және қосымша диагностикалық іс-шаралар тізімі:**

1. Жүрек соғу жиілігін және қан қысымын бақылау.

2. Импульстік оксиметрия.

Бөлім нұсқасы (қосымша: 2): ПДЛ 2007

**Емдеу**

**Дәрілік терапияның мақсаты** қолқаның одан әрі диссекциясы мен сыртқы жыртылуын болдырмау болып табылады:

1. Науқасты тыныштандырыңыз.

2. Науқасты артқы жағына қойыңыз, бас ұшын сәл көтеріңіз.

3. Науқастың тұруына жол бермеңіз (толық иммобилизация).

4. Науқасқа нитроглицерин беріңіз (тіл астына 1-2 таблетка немесе спрейдің 1-2 дозасы).

5. Науқасты жеуге және ішуге жол бермеңіз.

6. Сананың жоғалуы, қан айналымының тоқтауы және/немесе тыныс алу кезінде жүрек-өкпе реанимациясы жасалады.

7. Бас ұшы сәл көтерілген науқастың жағдайы.

8. Оттегі терапиясы, қажет болған жағдайда желдеткіш. Веноздық қол жетімділікті қамтамасыз ету.

Ауруханаға дейінгі кезеңдегі дәрі-дәрмек терапиясының маңызды мақсаты-ауырсынуды жеткілікті түрде емдеу. Қолқаның қабыршақтайтын аневризмасындағы ауырсыну өте қарқынды және есірткі анальгетиктерін енгізуді қажет етеді.

Ауырсыну синдромын жеңілдету үшін есірткі анальгетиктері қолданылады: морфин 1% - 1 мл 0,9% натрий хлориді ерітіндісімен 20 мл-ге дейін сұйылтылып, әр 5-15 минут сайын 4-10 мл (немесе 2-5 мг) фракцияға енгізіледі. ауырсыну синдромы мен ентігу жойылғанға дейін немесе жанама әсерлер пайда болғанға дейін (гипотензия, тыныс алу депрессиясы, құсу). Фентанил тез дамып келе жатқан, күшті, бірақ қысқа мерзімді анальгетикалық белсенділікке ие, әр 20-40 минут сайын 2 мл 0,005% ерітіндімен көктамыр ішіне енгізіледі. Прометазин көктамыр ішіне 50 мг дозада екі кезеңде баяу енгізіледі.

1. Қан қысымының 100-120/80 мм сын.бағ. дейін тез төмендеуі. (немесе 5-10 минут ішінде түпнұсқадан 25% - ға, ал болашақта көрсетілген сандарға дейін) және миокардтың жиырылу қабілетінің төмендеуі.

2. Дәрі-дәрмектерді таңдау: β - адреноблокаторлар-пропранолол в / в бастапқы дозада баяу енгізіледі 1 мг (0,1 % - 1 мл), әр 3-5 минут сайын.сол дозаны қайталаңыз (жүрек соғу жиілігі минутына 50-60 жеткенге дейін, импульстік қысым 60 мм сын. бағ. дейін төмендейді. жанама әсерлердің пайда болуы немесе жалпы дозаға жету 0,15 мг/кг).

3. Қан қысымының тез төмендеуін қамтамасыз ету үшін және миокард ишемиясы кезінде нитраттарды қолдану көрсетілген: нитроглицерин көктамыр ішіне тамшылатып 0,1% - 10 мл 100 мл 0,9% натрий хлориді ерітіндісінде сұйылтылған және 1 мл/мин бастапқы жылдамдықпен енгізіледі. енгізу жылдамдығын әр 5 минут сайын арттыруға болады. науқастың реакциясына байланысты 2-3 тамшыға (бұл жағдайда бақылау қажет Қан қысымы, жүрек соғу жиілігі, ЭКГ және диурез).

Β-адреноблокаторларға (бронх демікпесі) қарсы көрсетілімдер кезінде кальций арналарының блокаторларын қолдануға болады: верапамил в/в болюсно 2-4 минут ішінде.2,5-5 мг (0,25% - 1-2 мл), 15-30 минуттан кейін 5-10 мг қайта енгізілуі мүмкін, нифедипин 10-20 мг ішке.

**Диагностика:** іштегі пульсирленген ісікті анықтауға негізделген.

**Медициналық көмек көрсету тактикасы**

Аорта аневризмасының диссекциясы мен жарылуына күдікті барлық науқастарды тамырлы хирургия бөлімшесіне немесе ол болмаған кезде хирургиялық бөлімшеге жатқызу.

**Негізгі және қосымша дәрі-дәрмектердің тізімі:**

1. \* Нитроглицерин-0,0005 г таблетка; 10 мл ампуладағы инъекцияға арналған 0,1% ерітінді, аэрозоль

2. \*Фентанил инъекциялық ерітінді 0,005% 2,0

3. \* Прометазин ампуладағы инъекцияға арналған ерітінді 50 мг/2 мл

4 \* 1 мл ампуладағы 1% инъекцияға арналған Морфин ерітіндісі

5. \* Оттегі-ингаляцияға арналған (медициналық газ)

6. \* Пропранолол 0,1 % - 1,0, 40 мг таблетка

8. \* Нифедипин таблеткалары 10-20 мг

**Медициналық көмек көрсету тиімділігінің индикаторлары:**

1. Ауырсыну синдромын жеңілдету.

2. Қан қысымын тұрақтандыру.

\* «негізгі (өмірлік маңызды) дәрілік заттардың тізіміне» кіретін препараттар

Бөлім нұсқасы (қосымша: 2): ПДЛ 2007