

УДК 616.127-007.17:616.441-085

Ж.Н. ҚЫЖЫРОВ, А.А. АСТАЙ, В.В. МУТАГИРОВ, З.Б. БЕЙБИТОВА, Ж.Е. УТЖАНОВА, А.Б. ЖҮНІСБЕКОВА, Д.Ж. ҚУАТБЕКОВ, А.Н. БИНАЗАРОВ, Ж.Н. ҚАДЫРБЕК

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, №7 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

АУЫР ЖҮРЕК – ҚАН ТАМЫРЫ АҚАУЛАРЫМЕН КЕЗДЕСКЕН ЖАЙЫЛМАЛЫ УЫТТЫ ЖЕМСАУ (тәжірибелік жағдай)

Қыжыров Ж.Н.

Ауыр жүрек – қан тамыры ақаулары бар жайылмалы уытты жемсаумен ауыратын науқастың тәжірибеде болған жағдайы келтірілген. Анестезиологтың ұстанатын негізгі қағидасы, ота кезінде жүрек-қан тамыр аурулары бар науқастардың қауіпсіздігін қамтамасыз ету жән – ауторегуляциялық қан айналысты аз бұзу. Осындай науқаста ота жасау кезінде пайда болған кез келген қан айналысының өзгеруін басқару қиын, сондықтан да оның алдын алу, қан айналысын кейін қалпына келтіруге қарағанда, өте нәтижелі болады.

Негізгі сөздер: жайылмалы уытты жемсау, жүрек ақауы, қан тамыры, ота жасау, емдеу, жансыздандыру.

Жайылмалы уытты жемсауы бар науқастарда өте жиі кездесетін асқинулардың бірі жүрек тамыр жүйесінің зақымдануы. Соған байланысты жайылмалы уытты жемсау ауруы мен бірге қосарласқан жүрек ақаулары бар науқастар дер кезінде анықталмай көптеген асқинуларға алып келеді. Бұл ауру түрін анықтау мен зерделеуге, емдеу мен ота жасауға көп қиындықтар тудырады.

Осыған байланысты біз бір тәжірибелік жағдайды мысалға келтіреміз. Науқас Т. 1977 ж.т. Ауру тарихы №4947. Жайылмалы уытты жемсау III-IV дәрежесі. Уыттылығы басылған. Жүректің сақталмалы ревматикалық ауруы (ЖСРА). Жүректің екі жармалы қақпақшасының үйлескен ақауы, жетіспеушілігі басым II-III дәр. Қолқа қақпақшасының жетіспеушілігі II дәр. Үш жармалы қақпақшаның жетіспеушілігі.

Шағымдары: Түскен кездегі шағымдары қалқанша бездің үлкеюіне, жүректің қатты соғуына, қолының дірілдеуіне, арықтауға, тыныштыққа жүрек қағуына.

Ауру тарихы: Науқастың айтуы бойынша 2002 жылы алғаш тексеруінде «Түйінді жемсау» диагнозы қойылған. Сол жылдан бастап тұрғылықты жерінде эндокринологтың қарауында болған. 19.02.14 – 01.03.14 ж.ж. Жайылмалы уытты жемсау III дәрежесі. Тиреотоксикалық кардиомиопатия диагнозымен №7 қалалық клиникалық ауруханасының эндокринология бөлімшесінде ем алған. Клиникада: Жүректің сақталмалы ревматикалық ауруы (ЖСРА). Жүректің екі жармалы қақпақшасының үйлескен ақауы, жетіспеушілігі басым II-III дәр. Қолқа қақпақшасының жетіспеушілігі II-III дәр. Үш жармалы қақпақшаның жетіспеушілігі II-III дәр. ФК-II-III дәр. Қан айналымының бұзылысы II бірінші рет анықталды. Емдеу барысында уытты жемсау қалпына келген, соған байланысты кардиолог пен кардиохирургтың кеңесінен кейін бірінші кезекте қалқанша безге ота жасауға кеңес берілді.

Дайындау үшін ота алдында түнге 10 мг диазепам бұлшық етке тағайындадық.

Ота ішілік кезең.

Мониторингі: индекстелген көрсеткішті есепке ала от-

ырып орталықтандырылған гемодинамиканың кеңейтілген қадағалауы қолданылады.

Біз қадағаладық: ЭКГ-ның бес әкетпелерінің көрсеткіштерін, жүректің жиырылу жиілігі (ЖЖЖ), жүрек ырғағы, ST интервалы, пульсоксиметрия, жанаспалы қан қысымы, орталықтандырылған веналық қысым, дем шығарудың соңындағы көмірқышқылдың күштемесі, тыныс алу және тыныс шығару кезіндегі оттегі фракциясы, аздаған альвеолярлы концентрация есебімен анестетик концентрациясындағы дем алатын газдық қоспа, сағаттық диурез.

Осындай кеңейтілген қадағалауды қолдануда оң жақтағы кубитальды көктамырды 18G, сол жақтық мойындырық көктамырға біржақты өткізгіш 14G, оң жақтық шынтақ артериясы 20G, несепқуыққа Фоллей 14F катетерлері енгізіледі. Науқасты қадағалау кезінде Dash 4000 (General Electric), наркоздық құрал Avance (General Electric), қысым өлшеуде жанаспалы датчик Biometrix қолданылды. Индукцияға дайындық.

Науқастың оталық бөлімшеге жеткізілуі кезінде науқаста ЖЖЖ 160 пульс жеткіліксіздігінсіз және гемодинамика бұзылысысыз пароксизмалды синусты тахикардия байқалды. Қандағы электролиттерді зерттеу барысында электролиттердің тепе-теңдігінің бұзылуымен гипокальцемия – 0,78 ммоль/л дамыды. Калий қалыпты референтті деңгейде – 3,9 ммоль/л болды. Жүректің күрделі ауруын ескере отырып электролит тепе-теңдігін түзету туралы шешім қабылданды. Науқасқа 1000 мг кальций глюконаты, 2500 мг магний сульфаты және 20 ммоль калий хлориді енгізілді. Седация мақсатымен 5 мг диазепам енгізілді. Өткізілген емшаралардан соң 5 минуттан кейін жүрек ырғағы қалыпқа келді, ЖЖЖ 80 минутына, АҚҚ 150/80 мм сн.бғ., SpO₂ 100%. 15 минут бақылау барысында науқастың жағдайы өзгеріссіз. Индукция.

Преоксигенация жүргізілді. Индукция үшін біз пропофол 2 мг/кг, фентанил 2,5 мкг/кг, ингаляциялық севофлуран 3 об% жалпы ауа ағымымен 3 л/мин. Миоплегия пипекуронимен 50 мкг/кг енгізумен жүзеге асты. Ойлағандай дәрімектердің әсері 1-2 минутқа кешікті,

бұл созылмалы жүрек жетіспеушілік салдарынан қан айналымның баялауымен байланысты. Ұйқы басталысымен және бұлшықеттің босаңсуымен кеңірдек интубациясы жасалып автоматты өкпенің жасанды желдетілуі басталды, ұстап тұру үшін тынысалу шыңы 15-18 см с.б, EtCO₂ 35-38 мм с.б оттегі фракциясы тынысалу газдық қоспасымен 60%. Индукциядан кейін қуыққа және орталық көктамырға катетер қойылды.

Жансыздандыруды қуаттау

Жансыздандыруды қуаттау севофлураном 0,8-1 МАК және фетанилді болюсті 1мкг/кг/сағ мөлшерінде жүзеге асты. Миорелаксанттарды қайта енгізу қажет болмады.

Қуаттаушы тамыр ішілік емдеу изотоникалық натрий хлориді (6-7 мл/кг/сағ) ерітіндісімен орталық көк тамыр қысымын үздіксіз бақылаумен жүргізілді. Ота ішілік қан айналым көрсеткіштері тұрақты болды: ЖЖЖ 76-82 минутына, АҚҚ 145-160/70-75 мм сын.бағ., газ алмасу SpO₂ 100%, EtCO₂ 35-38 мм сын.бағ. теңбе-тең деңгейінде жүргізілді.

Отаның 45 минут созылуында жансыздандыру 115 минут құрады.

Ота (03.04.2014): Қалқанша безінің екі бөлігіне субтотальды струмэктомия жасалды.

Анестезия кезінде ерте және кеш кезеңде отадан кейінгі асқынулар байқалмады. Науқастың экстубациядан және оянғаннан соң 3 сағат бойы қанайналым, диурез және газ алмасу бақыланды.

Науқас операциядан кейін 6 тәулікте жағдайы жақсы калпында үйіне шығарылды.

Қорытынды

Анестезиологтың ұстанатын негізгі қағидасы, ота кезінде жүрек-қан тамыр аурулары бар науқастардың қауіпсіздігін қамтамасыз ету жән – ауторегуляциялық қан айналысты аз бұзу. Осындай науқаста ота жасау кезінде пайда болған кез келген қан айналысының өзгеруін басқару

қиын, сондықтан да оның алдын алу, қан айналысын кейін калпына келтіруге қарағанда, өте келешекті.

РЕЗЮМЕ

Ж.Н. КЫЖЫРОВ, А.А. АСТАЙ, В.В. МУТАГИРОВ, З.Б. БЕЙБИТОВА, Ж.Е. УТЖАНОВА, А.Б. ЖУНИСБЕКОВА, Д.Ж. КУАТБЕКОВ, А.Н. БИНАЗАРОВ, Ж.Н. КАДЫРБЕК

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,

Городская клиническая больница №7, г. Алматы

ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ С ТЯЖЕЛОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Главный принцип, которого должен придерживаться анестезиолог, обеспечивающий при операции безопасность больного с патологией системы кровообращения, – минимально нарушать ауторегуляцию кровообращения. Любые гемодинамические сдвиги, начавшиеся у такого больного во время операции, трудно управляемы и потому предупреждение их более перспективно, чем последующая нормализация кровообращения.

Ключевые слова: диффузно-токсический зоб, порок сердца, сосуды, операция, лечение, анестезиология.

SUMMARY

Zh.N. KYZHYROV, A.A. ASTAI, V.V. MUTAGIROV, Z.B. BEYBITOVA, Zh.E. UTZHANOVA, A.B. ZHUNISBEKOVA, D.Zh. KUATBEKOV, A.N. BINAZAROV, Zh.N. KADYRBEK

Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, City Clinical Hospital № 7, Almaty c.

DIFFUSE TOXIC GOITER WITH SEVERE CARDIO-VASCULAR DISEASE

The main principle to be followed by an anesthesiologist providing patient safety during surgery with the pathology of the circulatory system – minimally disrupt autoregulation of blood flow. Any hemodynamic changes that started such a patient during surgery, are difficult to control and therefore preventing their more promising than the subsequent normalization of blood circulation.

Key words: diffuse toxic goiter, heart, blood vessels, surgery, treatment, anesthesiology.