

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**

**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

Кафедра: Ішкі аурулар

ТЫНЫС ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ

Орындаған: Утебаева А

Тобы: 4-002

Факультеті: жалпы медицина

Қабылдаған:

Жоспар:

- Кіріспе
- Этиологиясы
- Патогенезі
- Тыныс жетіспеушілігінің жіктелуі
- Клиникасы
- Лабораториялық диагностикасы
- Аспаптық зерттеулер
- Емі
- Қорытынды
- Қолданылған әдебиеттер

Кіріспе:

- Тыныс – организмде тотығу – тотықсыздану метаболизмінің, яғни оттегінің организмге сырттан түсуінен бастап тіндерде пайдалануын, соның нәтижесінде көмір қышқыл газының бөлінуін, оның сыртқа шығарылуын қамтамасыз ететін күрделі процесс.

Тыныс процесі төрт тізбектен тұрады



Анықтама:

- * Тыныс жетіспеушілігі – қалыпты жағдайдағы тыныс алу қызметінің бұзылуы, артериялық қандағы Pg 60ммден төмен немесе парциалды қысымы көмірқышқыл газының артериялық қандағы (p_aCO_2) Pg -ның 45мм.ден жоғары болуы.
- * Тыныс жетіспеушілігі – артериялық қанның газдық құрамының жеткілікті қамтамасыз етілмеуі немесе оның сырттық тыныс жүйесі функциясының артуымен қамтамасыз етілуі.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- * Ауыр пневмония, бронхиолит, бронхиалды астманың ауыр ұстамасы, кеуде клеткасының травмасы және созылмалы тыныс жеткіліксіздігі, созылмалы бронхит, өкпе туберкулезі, силикоздар алып келеді.



Классификациясы

Патогенезі бойынша

Газ алмасуы

Гипоксемиялық
(ТЖ I типі)

Паренхиматозды/
өкпелік

Желдетілуі

Гиперкапниялық
(ТЖ II типі)

Желдеткіш/
насосық

Классификациясы

Өрістеуі бойынша

Жедел

Минут

Сағат

Күн

$7,35 < \text{pH} < 7,45$

HCO_3^- -

қалыпты

Созылмалы

Ай

Жыл

pH-қалыпты

HCO_3^- -↑

Созылмалы түрдегі жедел

Ауырлығы бойынша

Қалыпты жағдайда $\text{PaO}_2 > 80$ $\text{SaO}_2 > 95$

1 сатысы

60-79

90-94

2 сатысы

40-59

70-89

3 сатысы

<40

<75

Клиникалық – функциялық көрсеткіштеріне қарай жіктелуі

Обструкциялық

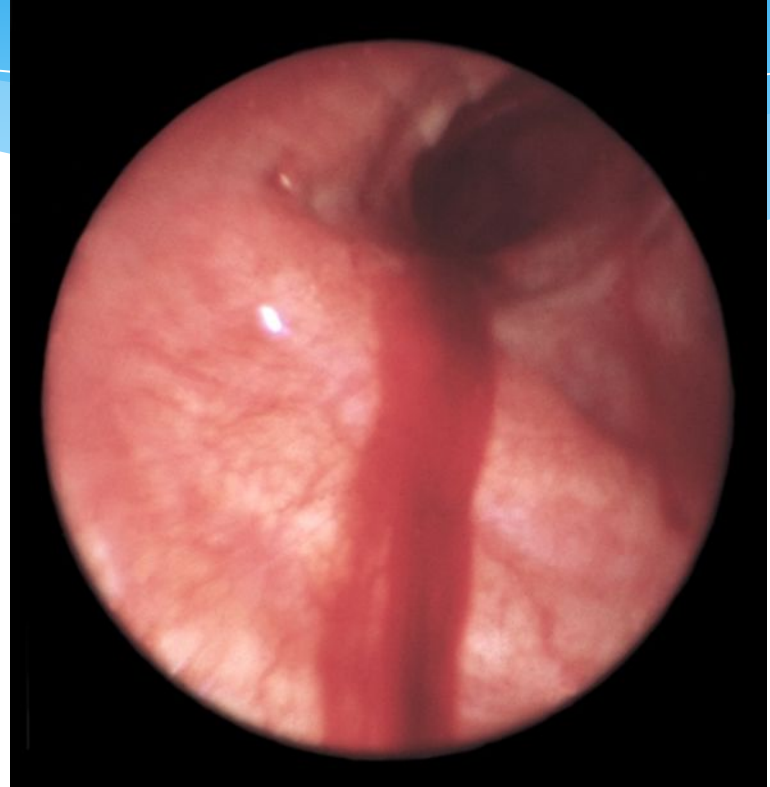
Рестрикциялық

Диффузиялық

Аралас

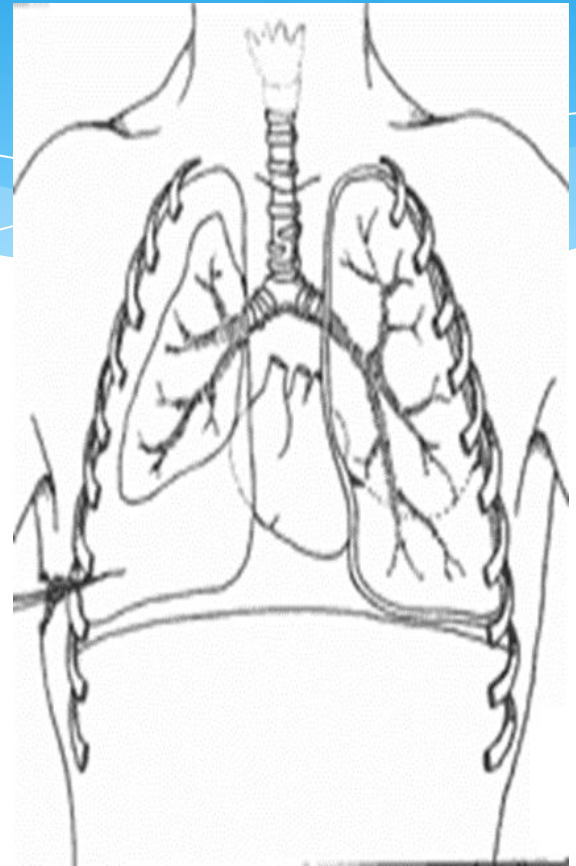
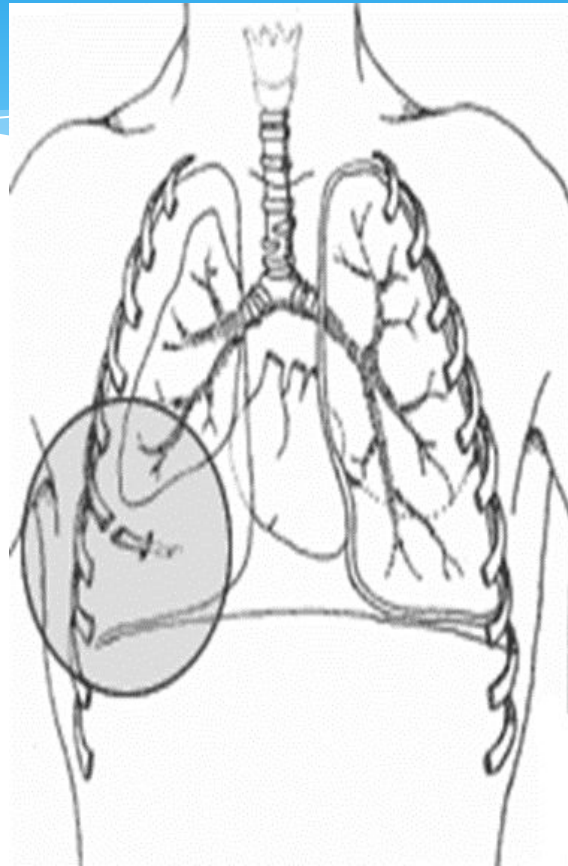
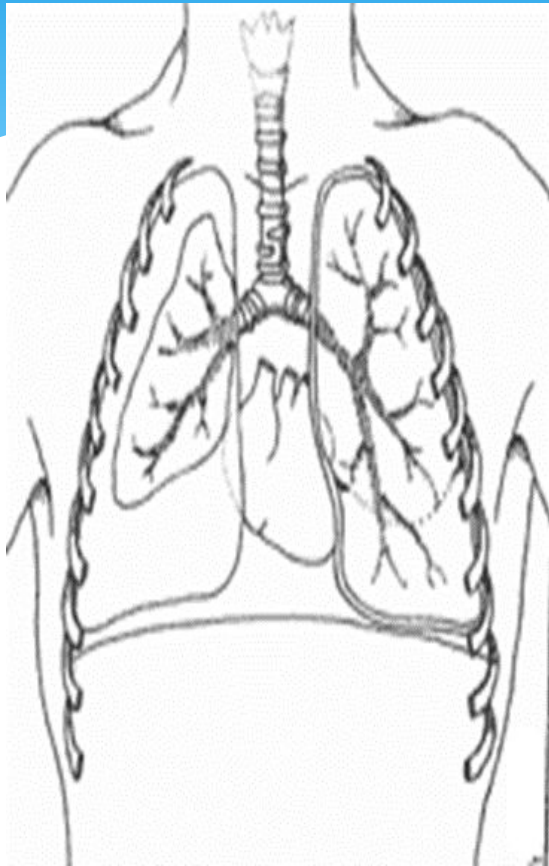
Обструкциялық тыныс шамасыздығына әкелетін себептері:

- * Бронхоспазм
- * Тыныс жолдарының өзегін тарылатын бронхтар қабырғасының қабыну және склероздық процестері
- * Бронхтардың өзегінде қақырық, кілегейдің жиналуы
- * Ұсақ бронхтардың сырттан басылуынан коллапсы
- * Трахея мен ірі бронхтардың экспирациялық коллапсы



Рестрикциялық тыныс шамасыздығына әкелетін себептері:

- * Өкпе тінінің инфильтрациясы
- * Өкпе тінінің деструкциясы
- * Өкпе тінінің дистрофиясы
- * Пневмосклероз
- * Пульмонэктомия, лобэктомия
- * Өкпенің даму кемістіктері
- * Өкпенің басылуы, ателектазы



- * **Диффузиялық** – тыныс шамасыздығы альвеола – капиллярлық мембрананың физикалық және химиялық қасиеттерінің бұзылысынан болады.
- * **Аралас** – осы үшеуінің себептерінен болады Мысалы: Өкпенің интерстициялық тінінің және альвеолаарлық қалқалардың түрлі себептерінен ісінуі

Ентігу



Клиникалык симптомдар



Гипоксемия
көрінісі



Гиперкапния
белгілері



Өкпелік жүрек

Клиникасы:

- * Тыныс жетіспеушілігі ендігумен, көгерумен, ал ақырғы кезеңінде жүрек қызметінің жетіспеушілігі қосылғанда ісінулермен білінеді. Б.Н.Айтбембет 348 бет
- * Вентиляцияның күшеюі (минуттық тыныстың көлемінің ұлғаюы), негізгі алмасудың жоғарылауы, осыдан науқастардың бір қатары арықтайды.

С.Л.Қасенова 137 бет

Клиникасы:

- Тыныс жеткіліксіздігінің ауырлық дәрежесіне қарай жіктелесі:
 - I дәрежесі – қанның газдық құрамы бұзылмайды. Ентігу айтарлықтай күш түскенде ғана байқалады. Тыныш жағдайда тыныс функциясының көрсеткіші қалыпты.
 - II дәрежесі – Организмде оттегінің жетіспеу белгілері пайда болады. Ентігуге байланысты күнделікті қызметін қиналып атқарады, кейде атқара алмайды.
 - III дәрежесі – Организмде оттегінің жетіспеу белгілерімен бірге көмірқышқыл газының жиналу көріністері пайда болады. Ауыр ентігуден дене қимылы шектеледі.

Диагностикасы

- Анамнез жинау
- Шағымдарын талқылау
- Лабораториялық зерттеулер: жалпы қан анализін көріністері.
- Аспаптық зерттеулер:
 - Спирометрия;
 - пикфлоуметрия
 - Бронх өткізгізтігін зерттеу
 - Қандағы газдың концентрациясын анықтау;
 - Рентгенологиялық зерттеу;

Жалпы қан анализіндегі өзгерістер

- * полицитемия
- * гематокриттің жоғарылауы
- * қан тұтқырлығының жоғарлауы
- * плазма көлемінің ұлғаюы
- * гипетромбоцитоз
- * ЭТЖ төмендеуі

Спирография

- Спирография көмегімен форсирленген өкпенің өмірлік сыйымдылығын (ФӨӨС) және алғашқы секундағы форсирленген тыныс шығарудың көлемі (ФТК1) анықталады. ФӨӨС - бұл ауа көлемі, максимальді тез тыныс шығару кезінде, форсирленген тыныс шығару. Сау адамдарда ФӨӨС $\Theta\Theta\text{C}$ 75% жоғарлайды.
- * ФТК1 $\Theta\Theta\text{C}$ индекс Тиффноға байланысты пайызбен есептейміз. Нормада 75-83%.ТЖ кезінде Тиффно индексі төмендейді.

Пикфлоуметрия

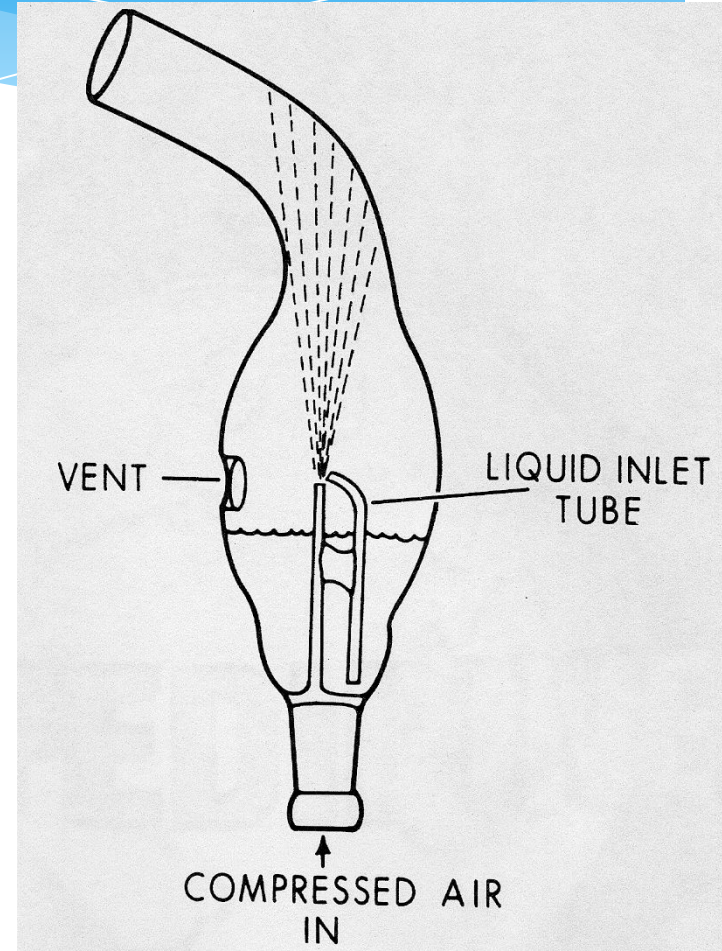
- * Пикфлоуметриямен тыныс шығарудың шың жылдамдығын анықтаймыз (ТШШЖ), яғни максимальді жылдамдық, максимальді толық тыныс алуда форсирленген тыныс шығару кезінде тыныс жолдарынан ауа шығуы мүмкін. ТЖ кезінде ТШШЖ нормадан төмен болады

Емі:

- * Негізгі кеселді емдеу
- * Инфекциямен емдеу
- * Өкпенің желденуін жақсарту
- * Оксигенотерапия
- * Өкпенің жасанды вентилициясы
- * Өкпетекті жүрек синдромын емдеу
- * Хирургиялық ем

Тыныс жеткіліксіздігінің емі

- Медикаментозды терапия
- Тыныс жолдарының өткізгіштігін қалпына келтіру
- Вентиляциялық перфузиялық қатынасты қалыпқа келтіру
- Инфекциямен күрес
- Қабынуға қарсы күрес
- Асқынулардың алдын алу
- Аппараттық және инструментальды әсер ету әдісі
- Тыныс жолдарының өткізгіштігін қалпына келтіру
- Респираторлық қолдау:
- Кислородотерапия
- Гелиокс
- СРАР терапия
- ИВЛ
- НВЛ



Ингаляциялық терапия

Небулизация

**Қысымдағы газ
(Бернулли эффекті)**

**Жоғары тазалықтағы
толқындар**

Струйные небулайзеры

**Ультрадыбыстық
небулайзер**

Ингаляциялық терапия

Жиі қолданылатын ингаляциялық антибиотиктер

Антибиотик	Доза
Гентамицин	80,0 мг 2 раза в сутки
Тобрамицин	80,0 мг 3 раза в сутки
Амикацин	100,0 мг 2 раза в сутки
Карбенициллин	0,5 г 2 раза в сутки

Қорытынды:

- * Ең алдымен Тынсыс жетіспеушілігінің алдын алған жөн. Яғни ерте диагностикалап, тиімді ем қолданбаса өртүрлі асқынуларымен адам өміріне қауіпті, сондықтанда уақытында, дұрыс, нақтылы диагностикалап, дұрыс, тиімді ем қолдану әрбір дәрігердің міндеті, жауапкершілігі болып табылады. Зиянды әдеттерден қорғану керек.

Қолданылған әдебиеттер

- * С.Л.Қасенова «Ішкі аурулар» Алматы,2009ж
- * Б.Н.Айтбембет «Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы»
2007 ж