

Қ. А. Ясауи атындағы халықаралық Қазақ Түрік
университеті

Тақырыбы: Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі

Қабылдаған: Айдарбекова Д.Н.

Орындаған: Әбдібек А.Б.

Тобы: ЖМ-510.

Жоспар

I Кіріспе

II Негізгі бөлім

- Этиология
- Клиника
- Патогенез
- Диагностика
- Емі

III Қорытынды

IV Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

Зерттеу сұрағым

- Созылмалы жүрек жетіспеушілігі кезінде қандай диагностикалық шаралар жүргізілетінің анықтау

Зерттеу мақсатым

Болашақ әріптестеріме созылмалы жүрек жетіспеушілігі жайлы дұрыс мәліметтер беріп,соны ұсыну.

Кіріспе

Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі- жүрек қан тамыр жүйесінің организмді бастапқы да физикалық күш түскенде ғана болса , кейін тыныштық қалпында толық оттегімен қамтамасыз ете алмайтын патологиялық жағдай. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің негізгі себептерін анықтау терапияда маңызды болып табылады, себебі оның дұрыс емдеу тактикасын жүргізуге көмек береді (жүрек клапандарының хирургиялық коррекциясы, спецификалық дәрілік терапия). Жүрек жеткіліксіздігінің АХЖ коды – I50

Этология

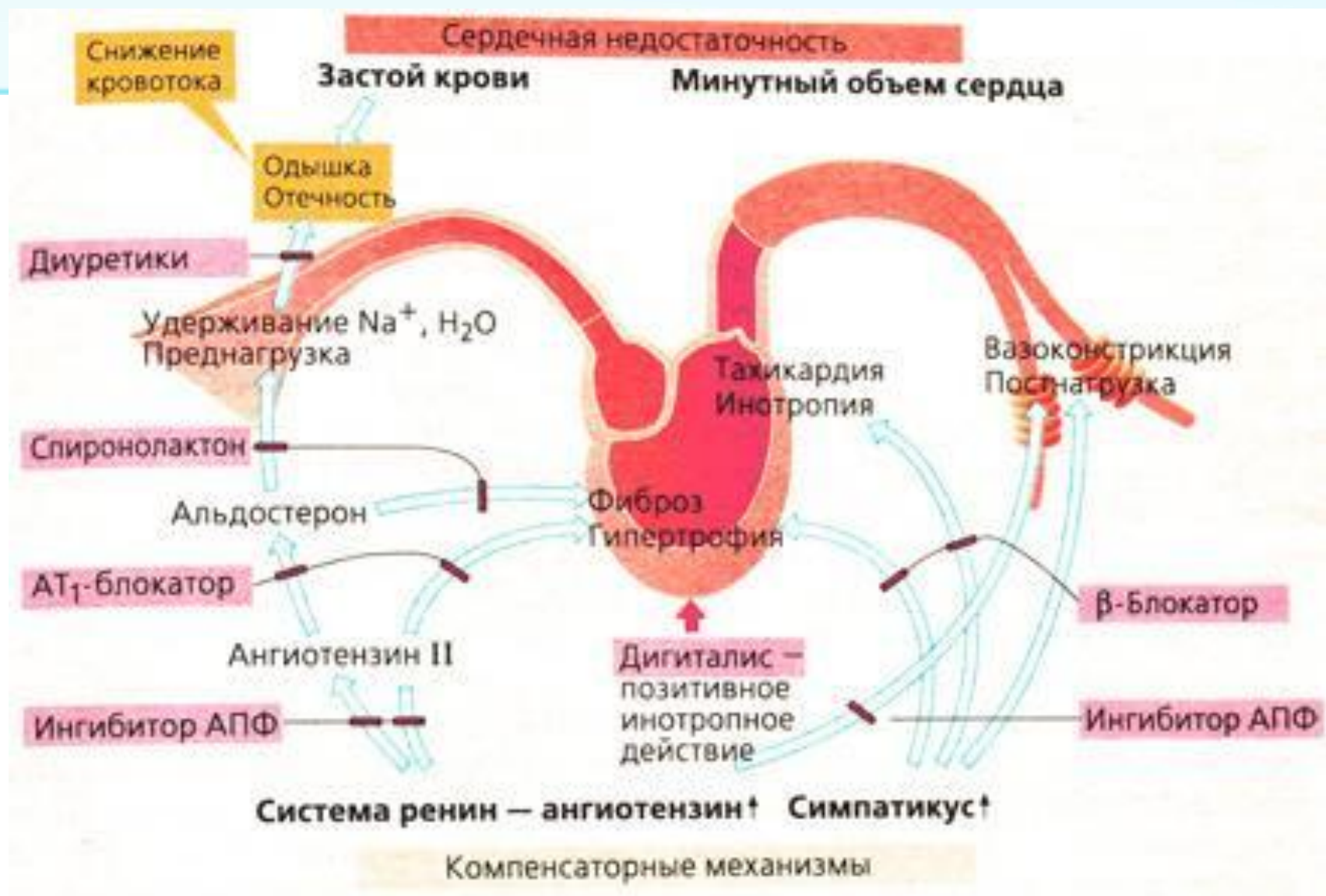
- Жүректің ишемиялық ауруы
- Артериялық гипертензия
- Кардиомиопатия
- Эндокринді аурулар- қант диабеті, қалқанша без, бүйрек үсті безінің аурулары
- Тамақтану бұзылысы- семіздік, кахексия
- Инфильтративті аурулар- амилоидоз, саркаидоз
- Аритмиялар
- Тума жүрек ақаулары

Қауіп факторлары- дислипидемия, зиянды әдеттер, жүрек өткізгіштігінің бұзылысы, бүйрек жеткіліксіздігі

Патогенез

- Жоғарыдағы себептер әсерінен миокардтың терең метоболизмдік өзгерістеріне алып келеді. Ең негізгісі бұл жерде биохимиялық, ферментті бұзылыстар, қышқыл сілтілі тепе-теңдіктің ығысуы жүреді болады. Жүрек жеткіліксіздігің туындауында биохимиялық процестер- иондар, әсіресе кальций, калий- натрий транспортының бұзылысы энергиямен қамтамасыз ете алмағандықтан миокардтың жиырылу функциясы бұзылады. Миокардтың жиырылу қасиеті оттегіні өзіне сіңіру қабілетімен байланысты, яғни миокард – биохимиялық процестер арқылы оттегіні өзіне алып отырады. Егерде осы процесстер бұзылса миокардтың жиырылу кезіндегі оттегіге сұранысын қамтамасыз ететін макроэргиялық заттар продукциясы бұзылады. Миокардтың перезагрузкасы жүрек лақтырысы көлемінің төмендеуіне және қалдық систолалық көлемнің өсуіне алып келеді. Ал бұл сол жүрекшедегі диастолалық қысымның жоғарлауына алып келеді. Ары қарай тоногенді дилатация дамып, сол жүрекшенің соңғы диастолалық көлемі өседі. Осылайша Франк-Старлинг механизміне сәйкес миокардтың жиырылуы жоғарлап, оның лақтырысы төмендейді, қалдық қан көлемі ұлғая береді.

Бұған жауап ретінде- кіші қан айналым шеңберіндегі қысым жоғарылап, пассивті өкпе гипертензиясы дамиды. Оң қарыншаның насостық функциясы төмендегендіктен үлкен қан айналым шеңберінде іркіліс пайда болады. Осылайша жүрек лақтырысы төмендеп мүшелер мен тіндердің қанмен қамтамасыз етілуі де төмендейді (бүйрек). Жүрек лақтырысы төмен болғандықтан АҚҚ тұрақы ұстап тұру үшін САЖ іске қосылады. Катехоламин, норадреналин бөлінуі артериола мен венуланың бітелуіне әкеп соғады. Жоғарыда айтқандай бүйрек қанмен қамтамасыз етілмегендіктен – РААЖ жүйесі іске қосылады. Ангиотензин II көп бөлініп, вазоконстрикция жоғарылап одан әрі перифериялық тамырлардың спазмына әкеледі. Бір уақытта ангиотензин II альдостеронның бөлінуін стимулдеп, натрий реабсорбциясын жоғарлатып, гипофиздің артқы бөлігінен антидиуретикалық гормонның активациясына алып келеді. АДГ жоғарлауы- ағзада сұйықтықтың жиналуына, қанның циркуляциялық көлемінің жоғарлауына, ісінулердің пайда болуына, венозды қанның артқа қайтуына алып келеді. Вазопрессин, норадреналин, ангиотензин II перифериялық тамырлар вазоконстрикциясына алып келеді. Венозды қан артқа қайтып кіші қан айналым шеңберінің қанға толуына алып келеді. Осылайша жүрекшелер кеңеюіне әкеліп, одан әрі жүрек лақтырысы төмендей береді.



Нью-Йорктағы кардиологтар ассоциациясының (NYHA) жүрек жеткіліксіздігінің функциональды класс бойынша классификациясы

I Класс	Физикалық жүктемеге шектеу жоқ . Күнделікті физикалық күштемелер шаршағыштыққа, ендіуге алып келмейді.
II Класс	Білінер білінбес физикалық жүктеменің шектеулуі. Тыныш жағдайда науқастар өзін қалыпты сезінеді. Қалыпты физикалық жүктеме шаршағыштық, ендігу, жүректің тез соғуына алып келеді
III Класс	Айқын физикалық жүктеменің шектелуі. Науқастар өзін тек тыныштық қалпында ғана жақсы сезінеді. Аздаған жүктеменің өзі науқастың шаршауына, ендігуіне, тез жүрек соғуына алып келеді
IV Класс	Еш қандай жүктемені орындай алмау. Жүрек жеткіліксіздігінің белгілері тыныштықта да пайда болады



Клиника- 2012 жылғы Европалық тағайындау бойынша жүрек жеткіліксіздігінің симптомдары

Симптомдары	Белгілері
Типті	Арнайы
Ентігу	venae jugulares қысым жоғарлауы
Ортопное	Гепаторегулярлы рефлюкс
Түнгі пароксизмальды ентігу	3-ші тон
Физикалық жүктемеге толеранттылық төмендеуі	Жүрек ұшы түрткісінің латеральды орналасуы
Әлсіздік, шаршағыштық	Жүрек шулары
Балтырдың ісінуі	
Азырақ типті симптомдар	Азырақ арнайы симптомдар
Түнгі жөтел	Префериялық ісінулер
сырылдар	Өкпеде крепитация

Салмақ жоғарлауы	Оксигенация төмендеуі, өкпенің төменгі бөлігінде прехторлы дыбыстың тұйықталуы
Салмақ тастауы	Тахикардия
Іш кебу	Ырғақсыз пульс
Тәбет нашарлауы	Тахипное
Депрессия	Гепатомегалия
Тахикардия	Асцит
синкопе	Тіндер атрофиясы

Влажные хрипы



Одышка

Кашель

Выделение пены изо рта и носа

Положение ортопноэ

Тахикардия

Кожные покровы бледные и влажные

Диагностика

- Шағымы, анамнезі
- Физикальды қарау

- Инструментальды зерттеу: ЭКГ

Keудe клеткасының Рентгенографиясы

ЭхоКГ

Өңеш арқылы ЭхоКГ

Стресс ЭхоКГ

Тәуліктік ЭКГ мониторинг

МРТ, Радиоизотопты зерттеу, Коронарография

бмин жүру арқылы дистанцияны анықтау



СЖЖ айқындылығы	6мин жүру Дистанциясы(м)
СЖЖ жоқ	>551 м
I ФК класс	426-550 м
II ФК класс	301-425
III ФК класс	151-300 м
IV ФК класс	<150 м

Амбулаторлы пациенттердің диагностикалық зерттеулері

Міндетті зерттеулер- Трансторакальды ЭхоГ, 12-каналдық ЭКГ, Биохимиялық зерттеулер-натрий,калий,кальция,креатинин клиренсі анықтау, ЖҚА,Натрийуретикалық пептидтерді анықтау,Кеуде клеткасының рентгенографиясы

Қосымша зерттеулер- МРТ, Коронарография,ЭхоКГ,Позитронды-эмиссионды томография, Катетеризация, жүктеме тесттер

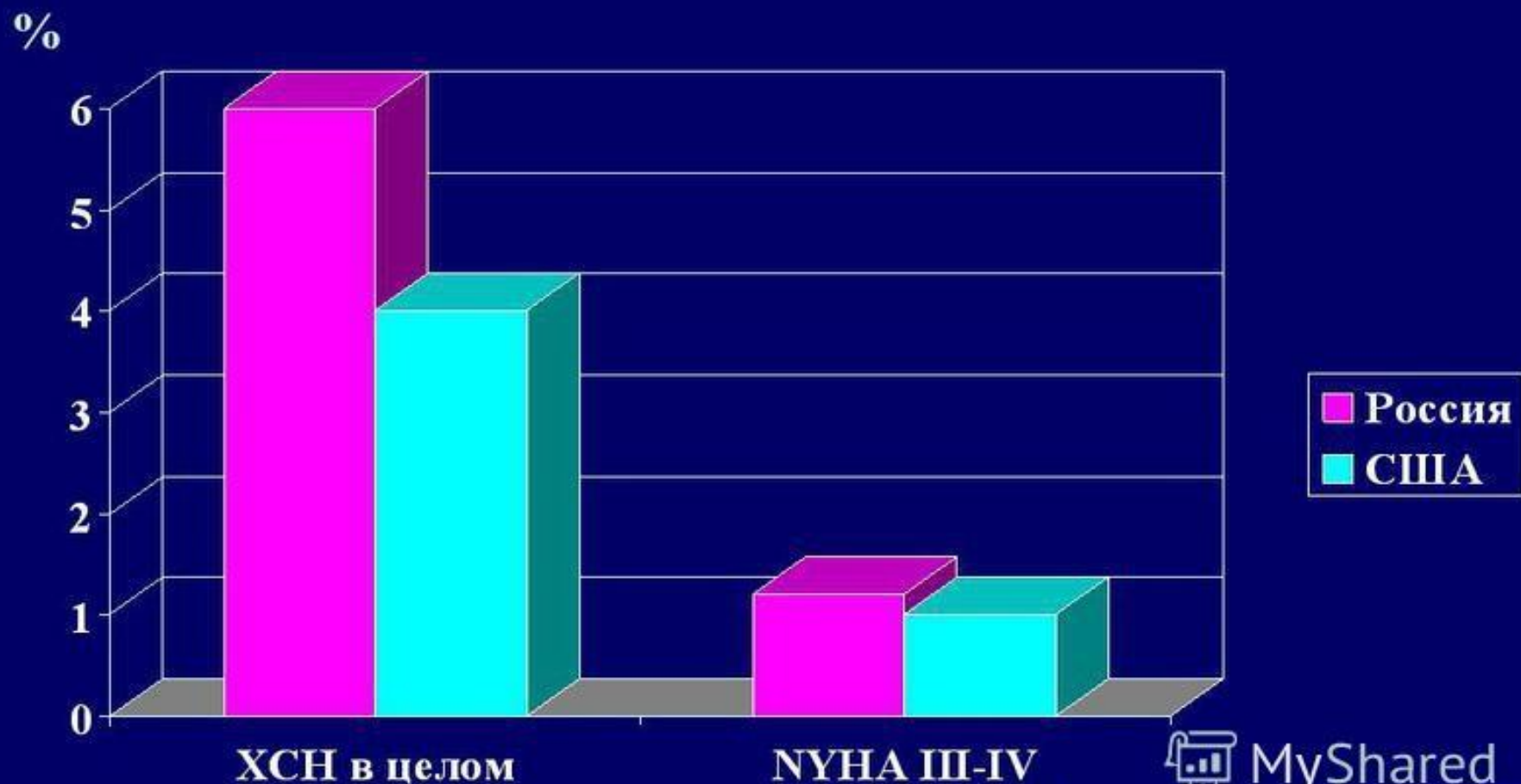
Лабораторлы диагностика- ЖҚА,Электронды қан анализі, сары судағы кретинин мен шумақшалық фильтрация жылдамдығын анықтау,бауыр ферменттерін,глюкоза, ЖЗА алу болып табылады

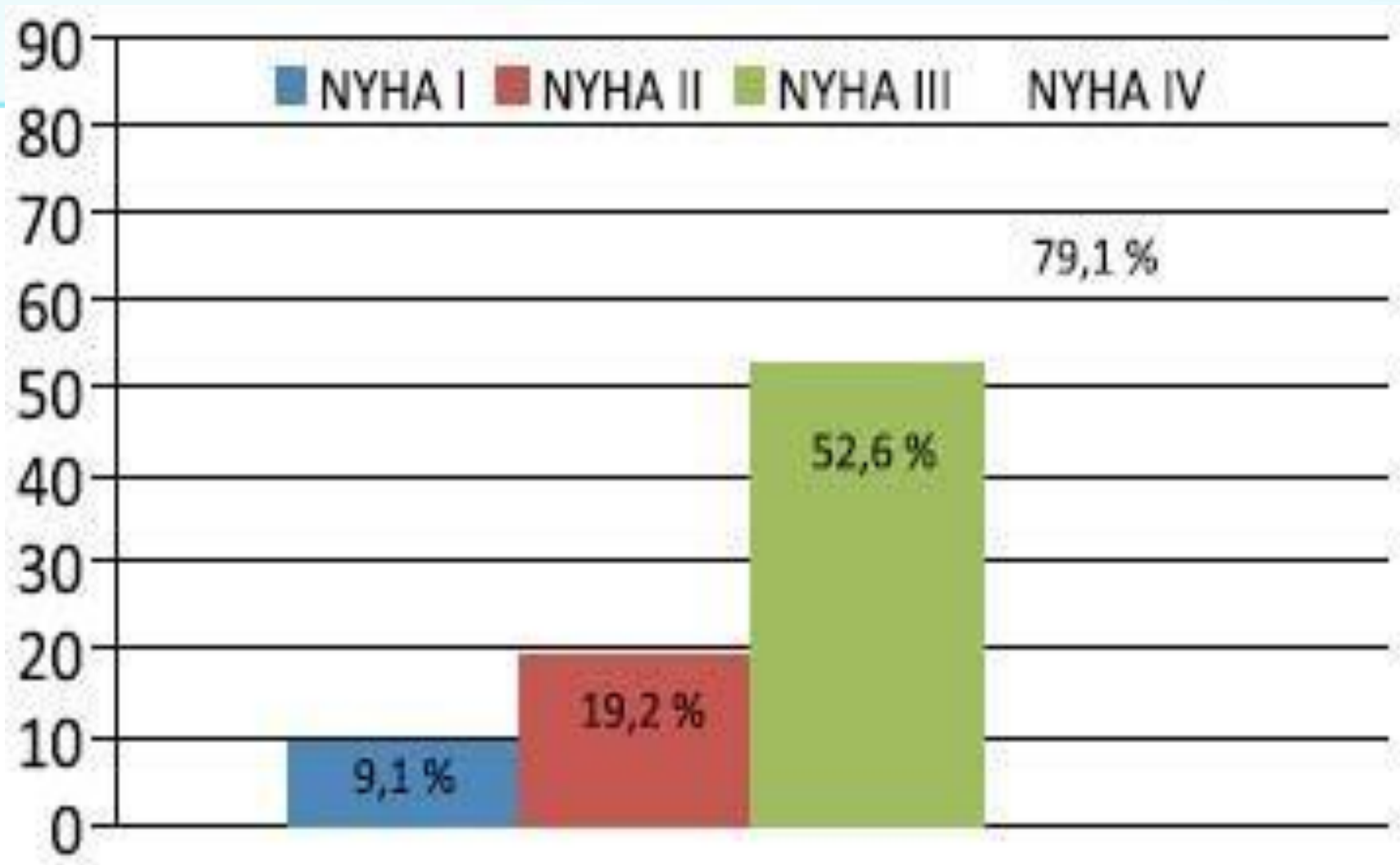
- Дифференциальды диагностика





Эпидемиология Хронической Сердечной Недостаточности в популяции в целом





Әлем бойынша СЖЖ функциональды класс бойынша кездесу жиілігі.2011 ж

2009 жылғы зерттеуге сәйкес. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің Қазақстанда кездесу жиілігі



Емі

**Утвержден протоколом
Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения
от 28 июня 2013 года**

•Емдеу тактикасы:

- Диета
- Физикалық активтілік
- Психологиялық реабилитация, дәрігер бақылауын ұйымдастыру, СЖЖ арналған мектептер
- Медикаментозды терапия
- Терапияның электрофизиологиялық әдістері
- Хирургиялық, механикалық емдеу әдістері

Медикаментозды ем-барлық науқастарға қажетті терапия

- АПФ ингибиторлары
- Бета-блокаторлар
- Минералокортикоид рецепторының антогонисттері

Басқа да терапия әдістері

Ангиотензин рецепторының блокаторлары

Ивабрадин

Дигоксин

Изосорбид динитрат

Диуретиктер

Негізгі дәрілер- АПФ ингибиторлары, Ангиотензин антогонисттері, Бета-адреноблокаторлар, Альдостерон рецептор антогонисттері, Диуретиктер, жүрек гликозидтері, ивабрадин.

Қосымша дәрілер- статиндер, антикоагуянттар

Қосалқы дәрілер- префериялық вазодилататор, кальций каналдарының блокаторлары, антиаритмиялық препараттар, аспирин, гликозидті емес инотропты стимуляторлар, цитопротекторлар



Каптоприл - лекарство от гипертонии

АПФ ингибиторларының дозасы

Препарат	Стартты доза	Гипотония кез. стартты доза	Терапиялық доза	Максимальды доза
Каптоприл*	6,25 мг х 3 р/д	3,125 мг 3 р/д	25 мг х 3 р/д	50 мг х 3 р/д
Эналаприл*	2,5 мг х 2 р/д	1,25 мг х 2 р/д	10 мг х 2 р/д	20 мг х 2 р/д
Периндоприл*	2 мг х 1 р/д	1 мг х 1 р/д	4 мг х 1 р/д	8 мг х 1 р/д
Фозиноприл**	5 мг х 1 (2) р/д	2,5 мг х 1 (2) р/д	20 мг:х 1 (2) р/д	10-20 мг х 1 (2)/д
Рамиприл	2,5 мг х 2 р/д	1,25 мг х 1 р/д	5 мг х 2 р/д	5 мг х 2 р/д
Лизиноприл	2,5 мг х 1/а	1,25 мг х 1 р/д	10 мг х 1/д	20 мг х 1 /д

Қарсы көрсетпелері :

Ангионевротикалық ісік

- Бүйрек артериясының билатеральды стенозы
- концентрация калия сыворотки крови >5.0 ммоль/л:
- креатинин сыворотки крови >220 μ моль/л;
- ауыр артериялық стеноз.



Бета –адреноблокаторлар дозасы

Препарат	Емдеу аптасы мен доза					Мақсатты доза
	1-я	3-я	5-7-я	9-11-я	11-15-я доза	
Бисопролол	1,25 мг 1 раз в день	2,5 мг 1 раз в день	5 мг 1 раз в день	7,5 мг 1 раз в день	10 мг 1 раз в день	10 мг 1 раз в день
Карведилол (предпочтительнее при тяжелой ХСН)	3,125 мг 2 раза в день	6,25 мг, 2 раза в день	12,5 мг 2 раза в день	25 мг 2 раза в день	25 мг 2 раза в день	25 мг 2 раза в день
Небиволол (у пациентов старше 70 лет)	1,25 мг 1 раз в день	2,5 мг 1 раз в день	5 мг 1 раз в день	5 мг 1 раз в день	5-10 мг 1 раз в день	10 мг 1 раз в день
Метопролол сукцинат	6,25 мг 2 раза в день	12,5 мг 2 раза в день	25 мг 2 раза в день	50 мг 2 раза в день	50 мг 2 раза в день	50-75 мг 2 раза в день

Қарсы көрсетпесі:

1. Бронхтық астма
2. АВ блокада 2 дәрежелі



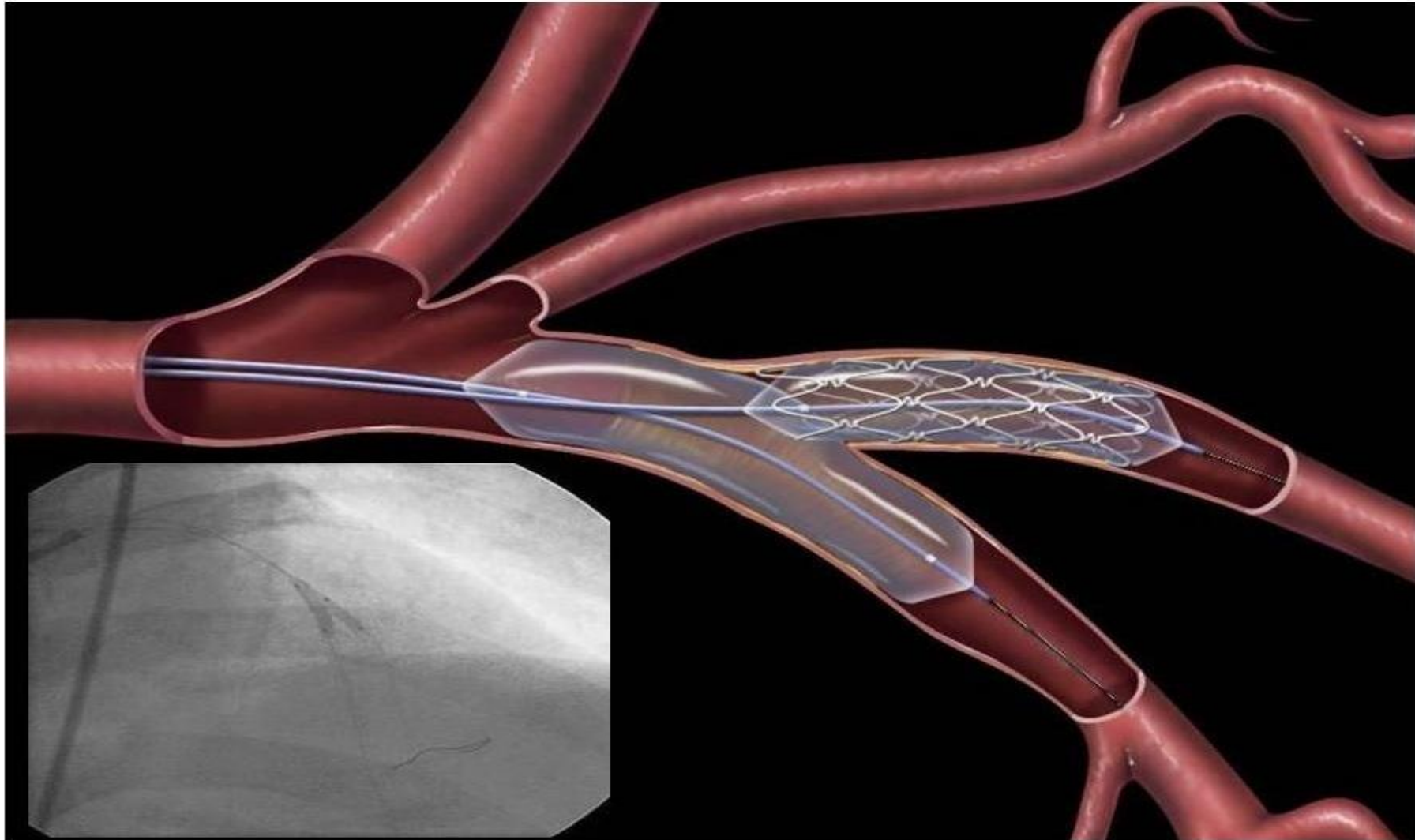
Ангиотензин рецептор антогонисттері. Қарсы көрсетпелері- креатинин клиренсі
-10мг төмен, ангионевротикалық ісіну

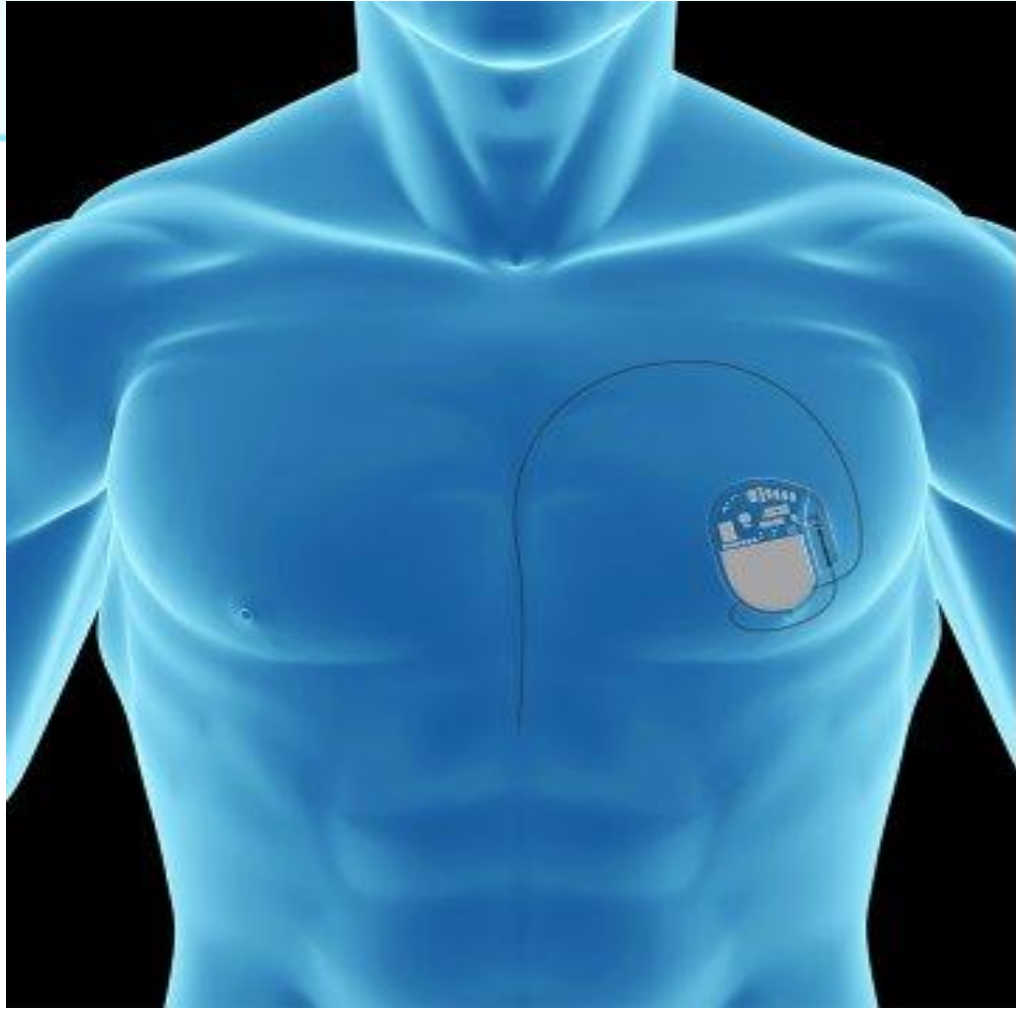
Препарат	Доза, мг
Кандесартан*	4-32 1 р/день
Валсартан *	40-160 2 р/день
Лозартан*	50-150 1 р/день
Эпросартан	4-32 1 р/день

Диуретиктер

Препараты		Показания	Стартовая доза	Максимальная доза	Длительность действия
Тиазидтер	Гидрохлортиазид	II-III ФК (СКФ>30 мл/мин)	25 мг x 1-2	200 мг/сут	6-12 час
	Индапамид СР*	II ФК (СКФ>30 мл/мин)	1,5 мг x 1	4,5 мг/сут	36 час
Ілмектің	Фуросемид	II-IV ФК (СКФ>5 мл/мин)	20 мг x 1-2L	600 мг/сут	6-8 час
	Этакриновая к-та	II-IV ФК (СКФ>5 мл/мин)	25 мг x 1-2	200 мг/сут	6-8 час
	Торасемид**	I-II ФК	2,5 мг x 1	5 мг x 1	12-16 час
	Торасемид**	II-IV ФК (СКФ>5 мл/мин)	10 мг x 1	200 мг/сут	12-16 час
Калий-сақтаушы	Спиронолактон***	Декомпенсация ХСН	50 мг x 2	200 мг/сут	До 72 час
	Триамтерен****	Гипокалиемия	50 мг x 2	200 мг/сут	8-10 час
ИКАГ	Ацетазоломид	Апное кезінде 250-500 мг ежедневно, 1 сағ ұйқтар алдын.			

Хирургиялық емі- миокард ревазуляризациясы, сол қарыншаның механикалық затпен имплантациясы, жүрек трансплантациясы





Илантациялық кардиовертер-дефибрилятор

Профилактика

Біріншілік- ЖҚЖ ауруларын ерте скрининг жүргізу,эндокринді патологиясы бар адамдарды ерте диагностикасы, қауіп факторларын жою,салауатты өмір салтын сүру

Екіншілік- қауіп факторын жою, АҚҚ қалыпты ұстау,гликемиялық профильды қалыпта ұстау, базисті терапияны нығайту, үнемі физикалық активтілік,

Қорытынды

Созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен ауратын науқастарды эффективті емдеуде негізгі стратегиялық бағыт ,науқастардың өмір сүру сапасын жақсарту, өлім санын азайту, ауруды ерте анықтау болып табылады. СЖЖ жасырын түрімен ауратын науқастарды анықтау, оның ары қарай өршуін тоқтату, ерте өлім санын азайту ен перспективті жақындау бағыт болып табылады.Мұндай науқастар 70% құрайды, ал ос науқастар дәрігердің қарауынсыз жүрген науқастар тізімінде.Сондықтан алдын ала скринингтік тексерулер өткізіп,диагностикалық ем шараларды ұйымдастыру.

Кері байланыс

1. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің медикаментозды емнен басқа қандай ем жүргізіледі?
2. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің негізгі инструментальды зерттелулері?
3. Имплантациялық кардиовертер-дефибрилятор дегеніміз не?
4. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің медикаментозды емі қандай?

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

- Руководство по кардиологии Под.ред.Сторожакова А.А, Горбаченкова М -2008 ж
- Кардиология –Горяйнов А.А -2007 ж
- Қалимурзина “Ішкі аурулар”, А, 2008
- Қасенова С.Л. “Ішкі аурулар ”, А, 2009
- Еспембетова М.Ж. “Кардиологияның маңызды сұрақтары”2014ж
- <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-51-13/klinicheskie-protokoly>
- Руководство по электрокардиографии - Орлов В.Н. 2017г
- Рекомендации ESC/EACTS по реваскуляризации миокарда 2014г
- Рекомендации Европейского общества кардиологов (ЕОК) по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2012г
- Хроническая сердечная недостаточность - Калюжин В.В.-2009г