

ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ

ҚАЗАҚ - ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ

❖ Медицина факультеті



Тақырыбы: Жүректің ишемиялық ауруы. Созылмалы жүрек жетіспеушілігінің патоморфологиялық көріністері.

Қабылдаған:

Орындаған: Нурдилла Айбек

Тобы: ЖМ-325

Ж О С П А Р Ы:

❖ **I. Кіріспе**

❖ **II. Негізгі бөлім:**

□ **1. Жүректің ишемиялық ауруы**

□ **2. Созылмалы жүрек жетіспеушілігі**

□ **3. Созылмалы жүрек жетіспеушілігін**

□ **зерттеу тәсілдер**

❖ **III. Қорытынды**

❖ **IV. Пайдаланылған әдебиеттер**

Жүректің ишемиялық ауруы

- ▶ Жүректің ишемиялық ауруы — жүректе қанайналымы толық тоқтағандықтан немесе қажетті шамадан кем болғандықтан дамидын сырқат. Сол себепті ишемиялық ауруы жүректің тәждік (коронарлық) артерияларының ауруы деп те аталады. Бұл сырқаттың әлеуметтік мәнін ескере отырып, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы 1965 жылы оны "дербес" ауру деп таныды. Бүгінгі таңда ишемиялық ауру әсіресе экономикасы өркендеген елдерде кең таралған, тіпті оны эпидемиялы аурулар тобына жатқызбақ ой бар. Жүректің ишемиялық ауруы кенеттен қазаға ұшыратуымен қауіпті. Ол жүрек-тамыр сырқаттарынан болатын өлім-жітімнің 2/3-ін қамтиды. Бұл ауруға жасы 40—65-тер шамасындағы ер адамдар жиірек шалдығады.

- ▶ Ишемиялық аурудың, атеросклероздың және гипертония ауруының патогенездік факторлары ортақ. Олардың ішінде ең маңыздылары: 1) гиперлипидемия, 2) артериялық гипертензия; 3) дененің артық массасы (семіздік); 4) дене қимылының аздығы; 5) темекі шегу; 6) көмірсуларға толеранттылықтың өзгеруі (мысалы, қантты сусамыр); 7) несеп қышқылды диатез; 8) генетикалық бейімділік; 9) еркек жыныстылық.

Жүректің ишемиялық ауруының алдын алу

- ▶ ХХ-ғасырдың екінші жартысынан бастап халық денсаулығына төнген қауіптердің бірі - жүрек-қан тамыры жүйесі ауруларының көбейе ,әрі «жасара» түсуі. Бұл сырқаттар бүгінгі ересектер арасындағы науқастанудың, мүгедектіктің және өлім- жітімнің негізгі себепшісі болып отыр.

Дегенмен, жүрек-тамыр ауруларының алдын алуға болады. Алдын-алудың жаппай шараларын қолдану нәтижесінде АҚШ,Австрия ,Жапония ,Канада сияқты елдерде бұл аурудан болатын өлім-жітім кеміген . Мұндай жұмыстардың жетістігі тек дәрігерлерге ғана емес ,сонымен бірге халықтың өзіне де ,яғни олардың салауатты өмір салтын ұстана біліуіне де байланысты .

- ▶ Жүректің ишемиялық ауруларына :
 - 1) Жүрек стенокардиясы және оның түрлері .
 - 2) Жүрек қан тамырларының жедел жетімсіздігі .
 - 3) Қан тамырлары қызметінің созылмалы жетімсіздігі .
 - 4) Миокард инфарктісі .

- ▶ 5) Рефлекторлы стенокардия аурулары жатады
Бұл ауруға шалдыққанда негізінен жүрек тұсы қатты шаншып ауыратындықтан сырқат адам дәрігерге келуге мәжбүр болады . Кейбір адамдар жүректің ишемиялық ауруы кезіндегі алғашқы ұстамадан –ақ , тіпті дәрігердің жәрдеміне үлгерместен , кенеттен өліп кетеді . Стенокардия кезінде ауру көбінесе кеуденің сол жағына , жүректің тұсына беріледі , кейде ауру жұтқыншаққа , асқазан тұсында пайда болады . Аурудың алғашқы белгілері : ауру тіпті әдеттегіден әрі кеткен кезде (қан жүретін артериялары 75 % және одан да көпке тартылғанда) білінеді . Жүректің стенокардия ауруы екі түрлі болады,

► 1)Күш түсу стенокардиясы.

2)Тыныштық стенокардиясы .

Миокард инфаркті - бұл жүрек ишемиясы ауруының үшінші түрі , бұл диагноз оның клиникасына электрокардиограммалық өзгерістерге және қан құрамындағы ферменттердің белсенділігіне қарап қойылады .

Жүрек ишемиясы ауруын тудыратын факторларды біліп , одан сақ болған жөн . Шылым шегу ---өте зиянды әдет . Шылым шегуді тоқтату миокард инфарктісіне ұшырау қаупін 20-50%-ға кемітеді . . Шылым шегу , денедегі май алмасу процесінің бұзылуы , артериялық қан қысымының жоғарылауы, қант диабеті және т.б . жайттер жүректің ишемиялық ауруының дамуына әсер ететін негізгі факторлар болып саналады . Адамның шектен тыс семіруі , аз қозғалуы , эмоциялық стрестер де қосымша үлес қосады . Кейде бір мезгілде қауіпті факторлардың бірнешеуі қосылса жүректің ишемиялық ауруының туындау қаупі жоғарылай түседі .

► Салмақтың - артуы ағзада ең алдымен май алмасу процесінің бұзылуы ,денеде майдың жиналып қалуы деген сөз .Семіздік ауруы кезінде жүрек біріншіден,ағзадағы барлық клеткаларға қанды толық жеткізу үшін нормадан тыс жұмыс істейді .Соның салдарынан бұлшық еттеріне артық күш түседі де ол ісінеді ,сөйтіп жүрек гипертрофиясы пайда болады .

Дене салмағын азайту және гиперлипидемияны болдырмау үшін қажетті ем-дом шараларын ұстану науқастар арасыдағы өлім-жітімді азайтуға (25%) , ықпал етеді.

Ем-домдық шаралары ойдағыдай болу үшін мыналарды жүзеге асыру керек :

▶ А) қаныққан майларды қолдануды азайту
Ә) өсімдік майын көбірек қолдану қажет .

Б) өсімдік клеткаларын қабылдауды жас көкөністер мен жеміс-жидектер есебінен күніне 50гр-ға дейін арттырған жөн .

Жүректің ишемиялық ауруының қауіпті факторлары бар адамдар аурудың алдын-алу жөніндегі дәрігерлік кеңестерді орындап , жыл сайын денсаулығын түзету үшін емханаға барып , тексеріліп отырғаны абзал .

Қорыта айтқанда , денсаулыққа зияны көп аталған факторлардан сақтану әрбір адамның өз қолында . «
Жаны саудың ---тәні сау » ДЕГЕН ҚАҒИДАНЫ
ЕСТЕН ШЫҒАРМАЙЫҚ .

Созылмалы жүрек жетіспеушілігі

- ▶ Жүрек жетіспеушілігі деп ағзалар мен тіндердің дұрыс жұмыс атқаруына қажет затармен қамтамасыз ету және метоболизм өнімдерін шығаруға негізделген қанайналым аппаратының (соның ішінде жүрек) өзінің жұмысын атқара алмауын айтады. Созылмалы жүрек жетіспеушілігі бұл өзіндік бөлек нозология емес, ол көбінесе әртүрлі ауруларға екіншілік синдром ретінде дамиды. Көбінесе Созылмалы жүрек жетіспеушілігі жүрек қантамырауруларында, өкпе, бауыр, бүйрек, эндокринді ауруларда (қан диабеті, тиреотоксикоз, миксидема, семіру) кездерінде дамиды.



Созылмалы жүрек жетіспеушілігінің себептері (этиологиясы):

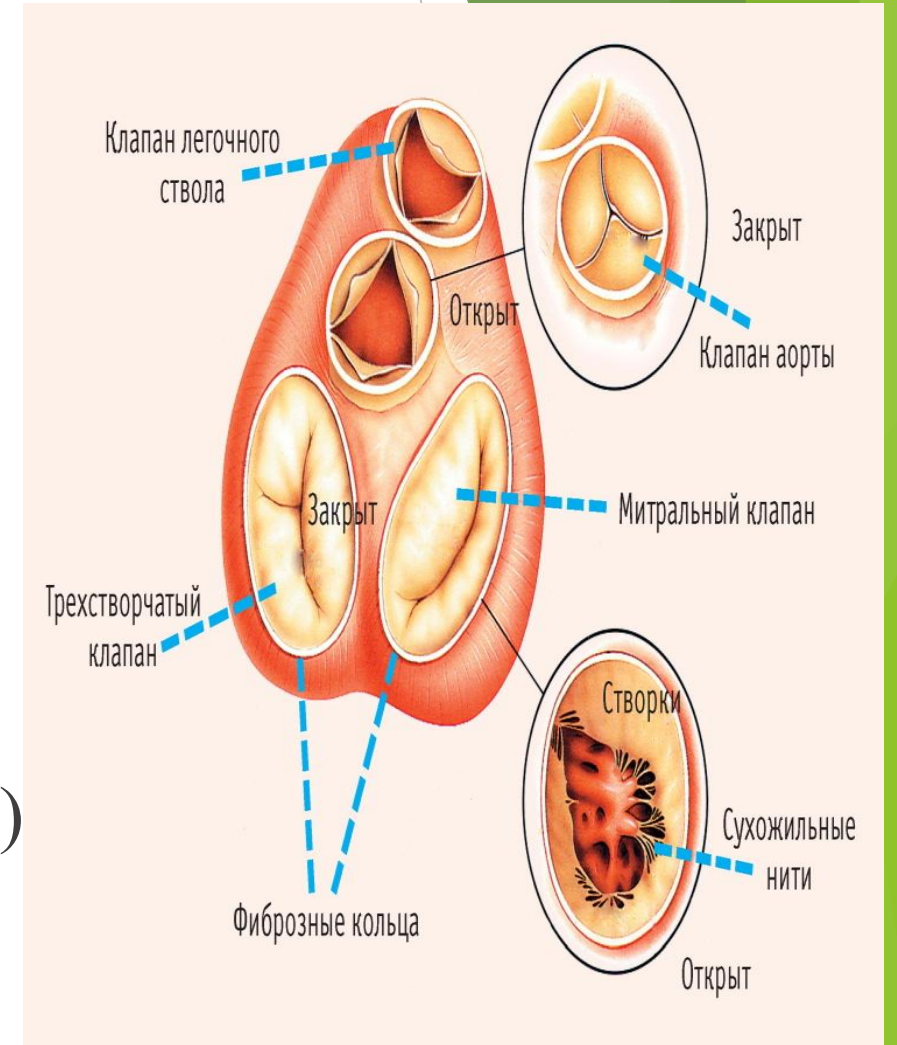
- ▶ **1. МИОКАРДТЫҚ** (миокардтық жетіспеушілік, жүрек бұлшықеті зақымдалуы) Біріншілік миокардтық жетіспеушілік (миокардит, дилатациялық кардиомиопатия) Екіншілік миокардтық жетіспеушілік (инфарктан кейінгі және диффузды кардиосклероз, гипотиреоз, жүректің алкогольдік зақымдалуы, ДТЖА-да жүрек зақымдалуы)
- ▶ **2. ЦИРКУЛЯТОРЛЫҚ** (жүрек бұлшықетіне артық күш түсу) Қысыммен күш түсу (қарыншаларға систолалық күш түсу) – оң жақ және сол жақ АВ қақпақшалардың, аортаның, өкпе артериясының стенозы, артериялық гипертензия (жүйелік, өкпелік) Көлемдік күш түсу (қарыншаларға диастолалық күш түсу) – жүрек қақпақшалары жетіспеушілігі, жүрекішілік шунттар Аралас күш түсу (жүрек күрделі ақаулары, жүрекке қысым мен көлемдік күш түсуі)

3. ҚАРЫНШАЛАРДЫҢ ДИАСТОЛАЛЫҚ ТОЛУЫ БҰЗЫЛУЫ

Артериялық гипертония, «гипертониялық жүрек»
Гипертрофиялық және рестрикциялық кардиомиопатия
Жабысқақ перикардит
Гидроперикард

4. ЖОҒАРЫ ЖҮРЕК ЛАҚТЫРЫСЫМЕН

ЖҮРЕТІН АУРУЛАР
Тиреотоксикоз
Айқын семіздік
Анық анемия
Аритмиялық кардиомиопатия (тахисистолиялық аритмиялар)



СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ ЭТИОЛОГИЯСЫ пайыздық көрсеткіш бойынша

- ▶ ЖИА (миокард инфарктын басынан өткізу) — 60%
- ▶ Жүрек ақаулары – 15 %
- ▶ Дилатациялық кардиомиопатия – 11 %
- ▶ Артериялық гипертония – 4 %
- ▶ Басқа себептер — 10 %

Созылмалы жүрек жетіспеушілігінің жіктелуі («NYHA» Нью-Йорк кардиологиялық ассоциация бойынша 1969)

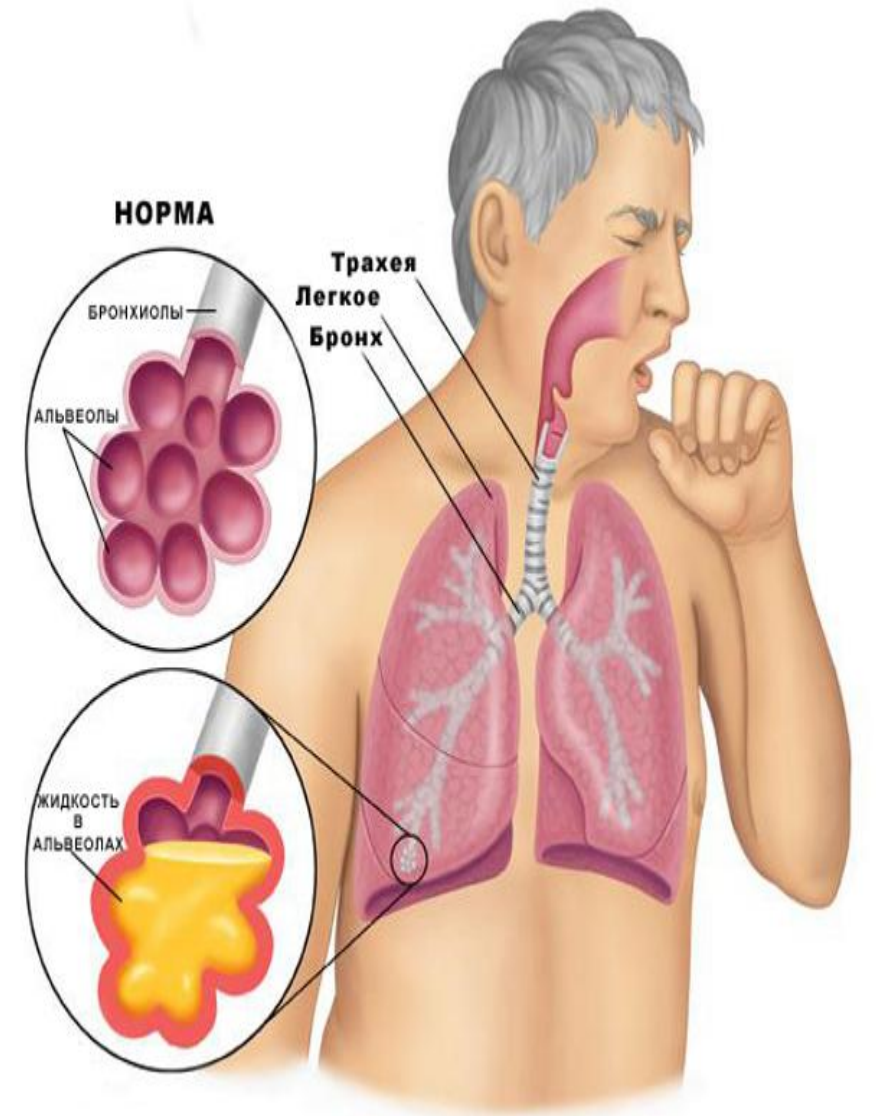
- ▶ I ФУНКЦИОНАЛДЫҚ КЛАСС – күнделікті күштемеде жүрек жетіспеушілігі белгілері (ентігу, жүрек қағуы, әлсіздік) көрінбейді.
- ▶ II ФУНКЦИОНАЛДЫҚ КЛАСС — күштеме аздап шектелуі, жүрек жетіспеушілігі белгілері (ентігу, жүрек қағуы, әлсіздік, кардиалгия) тыныштықта көрінбейді, ал күнделікті күштемеде көрінеді.
- ▶ III ФУНКЦИОНАЛДЫҚ КЛАСС — күштеме айқын шектелуі, жүрек жетіспеушілігі белгілері (ентігу, жүрек қағуы, әлсіздік, кардиалгия) тыныштықта көрінбейді, ал күнделікті күштемеден аз күштемеде көрінеді .
- ▶ IV ФУНКЦИОНАЛДЫҚ КЛАСС – ешбір күштемені атқара алмау, жүрек жетіспеушілігі белгілері (ентігу, жүрек қағуы, әлсіздік, кардиалгия) тыныштықта көрінеді, әр күштемеде арта түседі.

Созылмалы жүрек жетіспеушілігінің клиникалық көрінісі

- ▶ Науқаста келесідей шағымдар пайда болады: Жүрек жетіспеушілігінің бастапқы сатысында ендігу физикалық жүктемеден кейін пайда болады. Ал айқын жүрек жетіспеушілігінде тыныштық уақытында да байқалады. Ендігу себебі өкпе капиллярларыда және веналарында қысым жоғарылауы жүреді. Бұл өкпенің созылғыштығын төмендетіп, дем алуға қосымша бұлшықеттердің қатысуына мәжбүр етеді.

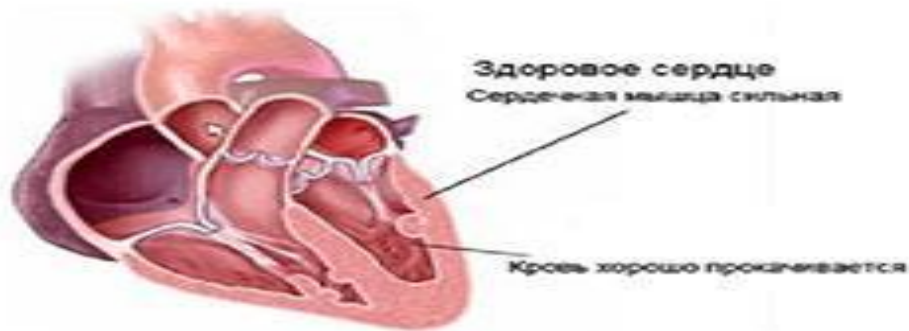


Созымалы жүрек жетіспеушілігіне тән бір көрінісі ол ортопноэ – айқын ендігу кезіндегі тыныс алуды жеңілдету үшін науқастың мәжбүрлі жағдайда отыруы. Жатқан кезде тыныс алудың қиындауы өкпедегі капиллярларда сұйықтықтың жиналуына байланысты онда гидростатикалық қысым жоғарылауына байланысты.



- ▶ Сонымен қатар жатқан кезде көкет (диафрагма) біраз жоғары көтеріліп, дем алуды қиындатады. Түнгі уақыттағы пароксизмальді еңтігу (жүрек астмасы). Мұның себебі өкпенің интерстициальді ісінуі. Түнде ұйқы кездінде айқын еңтігу ұстамалары жөтелмен, өкпеде сырылдың пайда болуымен жүреді. Жүрек жетіспеушілігі ары қарай дами берсе, альвеолярлы өкпе ісінуі дамиды. Науқастардың тез шаршағыш болуы –жүрек жетіспеушілігі себебінен қан арқылы оттегі қаңқа бұлшықеттеріне жеткілікті түрде жеткізілмейді. Жүрек жетіспеушілігі бар науқастарды тағы келесі шағымдар мазалайды: жүрек айнуы, тәбеттің төмендеуі, іштің ауруы, іш үлкеюі (асцит) бауырдағы қақпа венасында қан іркілу салдарынан пайда болады.

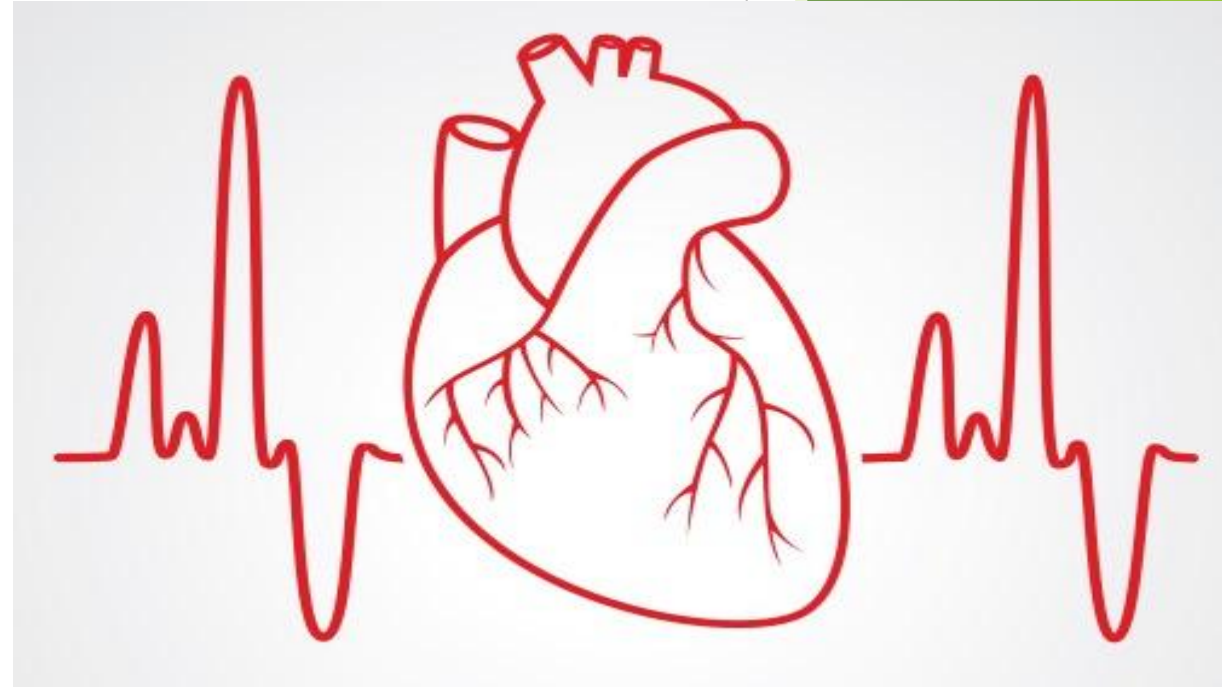
Сердечная недостаточность



Созылмалы жүрек жетіспеушілігінің диагностикасы.

ЭКГ

Гис шоғырының сол немесе оң аяғының болокадасын, қарынша немесе жүрекше гипертрофиясын, патологиялық Q тісшесін, аритмияларды анықтауға болады. Қалыпты ЭКГ созылмалы жүрек жетіспеушілігіне күмән тудырады.



ЭхоКГ

Жүрек функциясын зерттеп, жүрек жетіспеушілігінің этиологиясын нақтылауға мүмкіндік береді. Негізгі көрініс сол жақ қарынша кеңеюі, жүрек сокқысының фракциясын төмендеуі.



Рентген түсірілімі

Өкпеде сұйықтық толып, интерстициальді ісіну немесе өкпе ісіну белгілері пайда болады. Гидроторакс (көп жағдайда оң жақтық) анықталады. Ер адамдарда жүрек көлденең өлшемі 15,5 см, әйелдерде 14,5 см асқанда кардиомегалия диагностикаланады.



Созылмалы жүрек жетіспеушілігінде келесі топ дәрілер ұсынылады:

- ▶ АПФ ингибиторлары;
(беназеприл, эналаприл, хинаприл және т.б)
- ▶ Диуретиктер; (спиронолактон, фуросемид, гидрохлортиазид, буметанид және т.б)
- ▶ В- адреноблокаторлар;
(метопролол, бисопролол, карведилол және т.б)



- ▶ Альдестерон антогонистері,
- ▶ Жүрек гликозидтері;
- ▶ Ангиотензин II рецепторларының антогонистері; (лозартан, валсартан, кандесартан, ирбесартан)
- ▶ Перифериялық вазодилататорлар;
- ▶ Метаболитикалық әсері бар препараттар



Қолданылған әдебиеттер тізімі:

- ▶ Б.И.Шулутко, С.В.Макаренко – стандарты диагностики и лечения внутренних болезней – 2009, Санкт-Петербург,(71-88 бет)
- ▶ А.Л.Гребнев – пропедевтика внутренних болезней – 2001, Москва,(222-239 бет)
- ▶ В.С.Моисеев, А.И.Мартынов, Н.А.Мухин – Внутренние болезни – 2015,Москва, (1 том,384-481 бет)
- ▶ А.В.Струтынский – ЭКГ анализ и интерпретация – 2013, Москва
- ▶ Т.В.Чегаева – алгоритмы ЭКГ диагностики – 2009, (презентация)
- ▶ Аляутдин – Фармакология, Москва 2004
- ▶ https://www.google.kz/search?q=head-up+tilt-table+test&espv=2&biw=1366&bih=667&source=lnms&tbm=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwjXs6vd0L3LAhUoMJoKHZs4CrgQ_AUIBigB#imgsrc=fhs-DT--ZHka0M%3A
- ▶ <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%BC%D0%B8%D1%8F>
- ▶ https://vk.com/doc28188607_437270923
- ▶ <http://meduniver.com/Medical/farmacologia/351.html>

Назарларыңызға рахмет!