

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті
Факультеті:Медицина

Респираторлық дистресс синдромы



Қабылдаған:

Орындаған: Сәбит Іңкәр

Байбутаева Ақмарал

Тобы ЖМ-322

Жоспар:

I.Кіріспе

II.Негізгі бөлім:

- Респираторлық депрессия синдромы туралы жалпы түсінік
- Ересектердің респираторлық депрессия синдромы
- Клиникалық көріністері,емі

III.Қорытынды

Пайдаланылған әдебиеттер

Кіріспе

Дистресс-синдром (ағыл. distress - ауыр жағдай) өкпенің әртүрлі вирустық, бактериялық инфекцияларынан кейін, адам ауыр жарақат алғанда, күйіп қалғанда, сепсистік шок дамығанда, күрделі ұзаққа созылған, операциялардан кейін, наркоз мөлшерден тыс көп берілгенде және т.б. патологияларда дамиды. Дистресс-синдромның патогенезі аэрогематикалық бөгеттің құрамындағы капиллярлар эндотелиінің және альвеола эпителиінің зақымдануымен байланысты. Осы жағдайды алдымен интерстициалдық, кейін альвеола ішілік ісіну дамиды.

Легкая степень РДС

11,2%

43,0%

45,8%

?

Клиническое улучшение

Стабильное состояние

Ухудшение

Летальный исход

49,5%

13,5%

37,0%

0,7%

4,5%

90,4%

5,1%

5,1%

Средняя степень РДС

Тяжелая степень РДС

Оның жоғарыда айтылған өкпе ісінунен айырмашылығы альвеола қуысына фибриноген белогы шығып, тез арада *фибрин және гиалиндік мембрана* пайда болады.

Бұл жердегі гиалин массалары газ алмасу үрдістерін бұзып, қанда көмірқышқыл газы жиналады, гипоксия дамиды. Аэрогематикалық бөгеттің зақымдануы қабыну аймағында жиналып қалған нейтрофидцер мен макрофагтардың әсеріне байланысты. Олар өздерінен оттегінің улы өнімдерін, протеазаларды, арахидон қышқылының метаболиттерін бөліп шығарады, сөйтіп, эндотелий жасушаларын бұзады, тромбоциттердің агрегациясына себеп олады.

Лейкоциттер мен макрофагтар белсенділігінің арту-ында қабыну ошағындағы *бактериялық эндотоксиндердің* де маңы-зы зор. Жоғарыда көрсетілген өкпе ісінуінде гемодинамикалық

(жүрек қызметінің бұзылуына байланысты) себептер басым болса, бұл синдромның дамуында өкпедегі қабыну үрдісі негізгі қызмет атқарады.

Сондықтан бұл ісінулерді *кардиогендік емес (жүрек қызметіне байланыссыз) ісіну* деп атайды.

Сонымен дистресс-синдромның морфологиялық көріністеріне: альвеолаларда фибриннің жиналуы, гиалиндік мембрананың пайда болуы, ісіну және ошақтық пневмонияның дамуы жатады

ЕРЕСЕКТЕРДІҢ РЕСПИРАТОРЛЫҚ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЫ (ЕРДС)

Ересектердің респираторлық дистресс-синдромы -
(шоктық өкпе, ылғалды өкпе) - өкпе капиллярлары қабырғасының өткізгіштігі күшейіп, плазманың, қанның белоктық және клеткалық тарамдарының интерстілік кеңістіктер мен альвеоларға енуінен туындайтын өкпе шемені.
респираторлық дистресс-синдромының басты белгісі - жедел тыныс жетіспеушілігі.

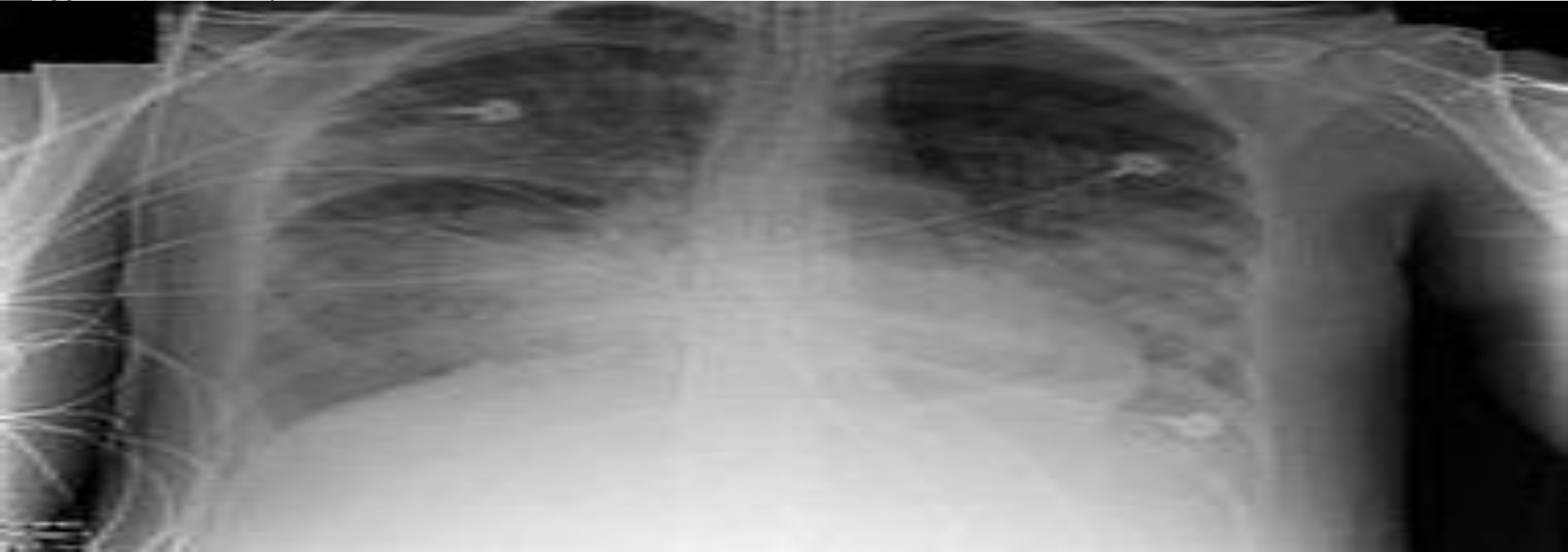




Рис. 3. Наш подход к применению ИВЛ, невентиляционных методов улучшения газообмена и фармакотерапии у пациентов с СОПЛ и острым РДС

Этиологиясы және патогенезі.

Себептері: жедел ауыр пневмониялар, улы газдармен дем алғанда аллергия, күйік ауруы, ауқымды гемотрансфузия, уремия, панкреатит, тамыр іші себінді қансиндромы, героинмен улану, ОНЖ зақымдануы. ЕРДС дамуына жағдай туғызады



ПАТОГЕНЕЗ РДС

НЕДОНОШЕННОСТЬ

Перинатальная асфиксия

Угнетение синтеза сурфактанта, снижение его запасов и выделения

Недостаточность сурфактанта в альвеолах

Снижение поверхностного натяжения в альвеолах

Ателектазы

Нарушение соотношения вентиляции и перфузии в легких

Гиповентиляция

Гипоксемия

Ацидоз

Гиперкарбия

Спазм легочных капилляров

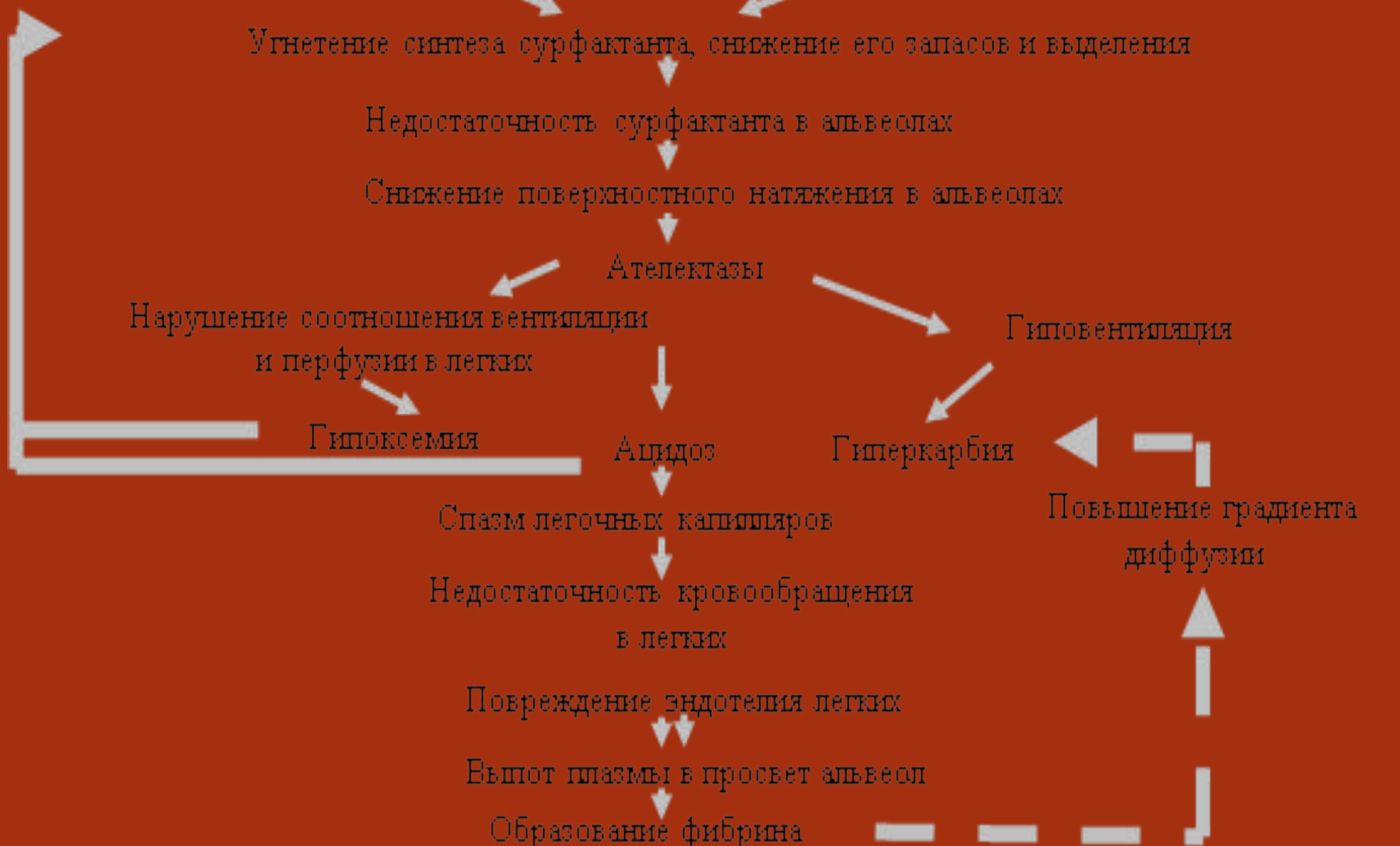
Повышение градиента диффузии

Недостаточность кровообращения в легких

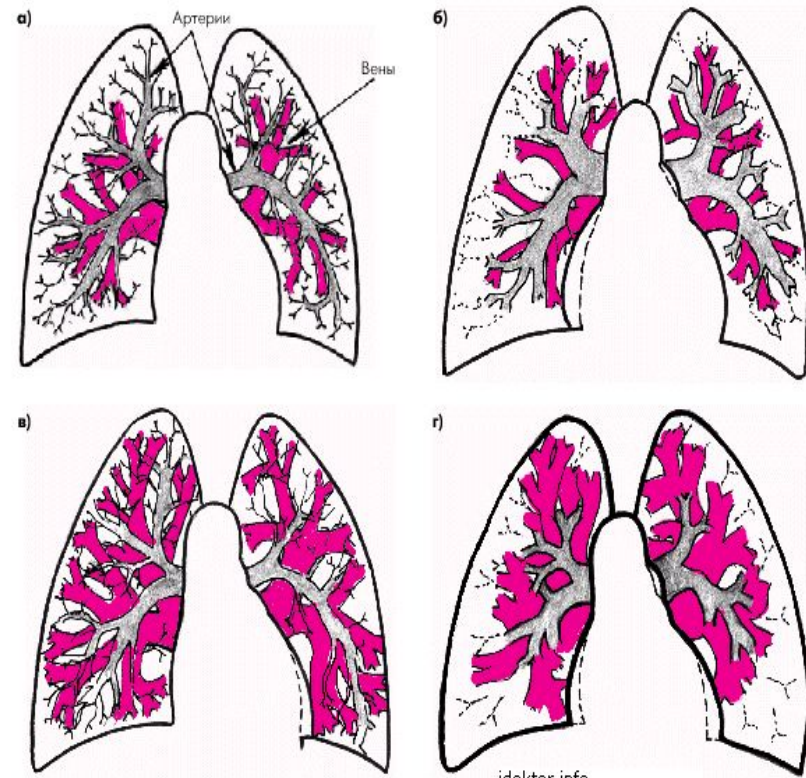
Повреждение эндотелия легких

Выпот плазмы в просвет альвеол

Образование фибрина



□ Әсер ететін факторлар: қосалқы жүрек аурулары, шамадан тыс инфузиялық ем және оттегімен емдеу, Гипоальбуминемия көрсетілген факторлардың және комплемент жүйесін белсендіретін, бос радикалдар мен биологиялық белсенді заттардың (кининдер, простагландиндер) бөлінуін тудыратын механизмдердің әсерінен альвеолалық-капиллярлық мембрана зақымданып, өткізгіштігі күшейеді. Сұйықтық әуелі интерстицийлік тінде жиналады (I сатысы - ИНТЕРСТИЦИЯЛЫҚ ісіну мен газ алмасуының әр дәрежелі бұзылу сатысы), кейін альвеолаларға : II сатысы - өкпенің альвеолалық ісінуі мен тыныс жолдарының сұйықтық және көбікпен тынсы). Бұл тыныс жетіспеушілігінің тез күшеюін және өкпе ішілік артерио-веналық ~: «артерио-веноздарда шунттар пайда болуын тудырады. Қанның шунтталуы - РДС-да болатын ауыр гипоксимияның басты себебі.



Sample Use Only - Copyrighted

Легкие
Дыхательное горло
Левый и правый бронхи
Утолщенная область

Нормальная анатомия
 Нормальный газообмен через тонкие альвеолярные стенки способствует притоку свежего кислорода и высвобождению диоксида углерода
 CO₂
 CO₂
 CO₂
 Альвеолы в конце бронхов (в разрезе)

Пневмония
 Утолщенные и раздраженные альвеолярные стенки с накоплением слизи и клеток воспаления

Пневмония и РДСВ
 Утолщенные и раздраженные альвеолярные стенки с накоплением слизи и клеток воспаления
 Жидкость высвобождается из капилляров, заполняет альвеолярное пространство и препятствует газообмену

Клиникасы. ЕРДС-ң клиникалық белгілері зақымданғаннан кейін лезде пайда болады, бірақ 24-48 сағаттан кейін байқалады. Ең ерте белгілері - үдемелі ентигу, тахипноэ, жайылмалы . Тыныстауға кемекші бұлшықеттер қатысады. Өкпеде жайыла тараған ұсақ көпіршікті сырылдар естіледі. Патологиялық процесс үдей түскенде өкпенің альвеолалық ісінуі береді: инспираторлық тұншықпа, бұрқылдаған тыныс, цианоз, малшып терге бату, екі | да эр калибрлі ылғалды сырылдардың естілуі, тыныс энцефалопатиясының белгілері мүмкін. РаО, с.б. 60 мм төмен, РаСО, нормадан жоғары кетеріледі. Асфиксия қаупі бшады. Рентгенологиялық тексергенде екі жақта бұлт тэрізді дақты инфильтраттар



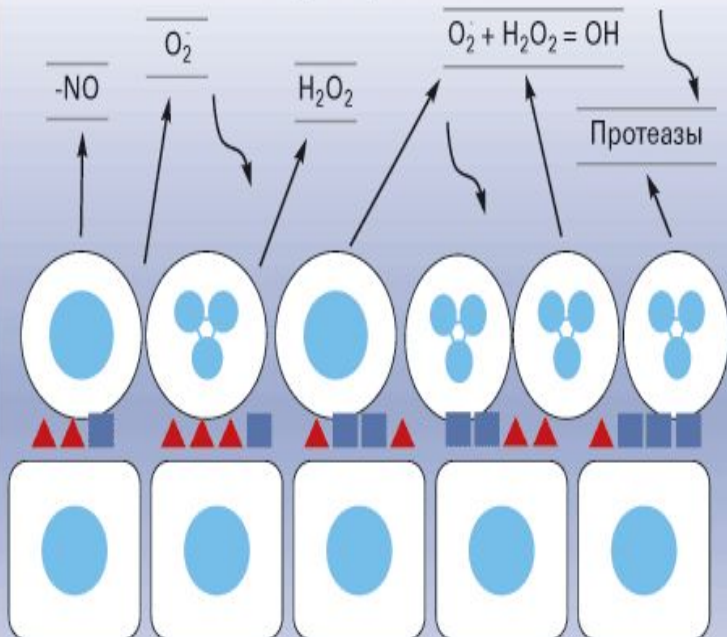
1. Жедел тыныстық жеткіліксіздіктің жедел түрі;

2. Альвеолалық- капиллярлық мембрана өткізгіштігінің күшеюінің себебі болатын аурулар болуы;

3. Жүректің сол жақ қарыншасының зақымдану белгілерінің болмауы.

Респираторлық дистресс-синдромын кардиогендік шоктан, тыныс тұншықпасы ұстамасынан ажырата білу керек.

Респираторная зона



Альвеолярный эпителий



Рис. 1

Схема интеракции нейтрофилов, альвеолярных макрофагов, альвеолярных эндотелиоцитов после интратрахеального введения липополисахарида (бактериального эндотоксина)



Респираторлық дистресс

Кардиогендік шок

ЕРДС-да бұрын болған жүрек аурулары жөнінде анамнез болмай жүрек кеңімеген (оның ішінде рентгенологиялық тексергенде де), ЭКГ айқын өзгермеген (қарыншалар гипертрофиясы, миокард инфарктісінің немесе басқа ошақты және жайылмалы өзгерістердің белгілері, жүрек ырғағы мен өткізгіштігінің бұзылу белгілері) табылмайды. (- капиллярлық қысым, орталық веналық қысым көтерілмеген, мойын веналарының болмайды. Кардиогендік өкпе шемінінен айырмашылығы артериялық қан қысымы көтерілп немесе түсіп кетпеген. Кардиогендік өкпе шемінінің басты және ең жиі себебі миокард инфарктісі. Сондықтан кардиогендік өкпе шемінінде миокард инфарктісінің белгілері болады.

Диффузные
инфекции
лёгких

Аспирация
жидкости

Сепсис

Состояния
после пересадки
сердца и лёгких

MedicalPlanet.ru
- медицина для вас.

Основные причины дистресс-синдрома взрослых

Вдыхание
токсичных
газов

Отёк
лёгких

Болезни
иммунной
аутоагрессии

Шоковые
состояния

Тыныс тұншықпасының ұстамасында немесе ұстама күйде тынысты сыртқа шығарған кезінде жайылмалы, жоғары тембрлі құрғақ сырылдар естіледі, сонымен қатар эмфиземасының айқын белгілері анықталады. Әдетте анамнезде аурудың қазіргі белгілерге ұқсас ұстама болғаны жөнінде мәлімет болады.

Клиникалық диагнозды тұжырымдау.

Дистресс-синдромының диагнозы басты ауру кейін, оның асқынуы ретінде қойылады.

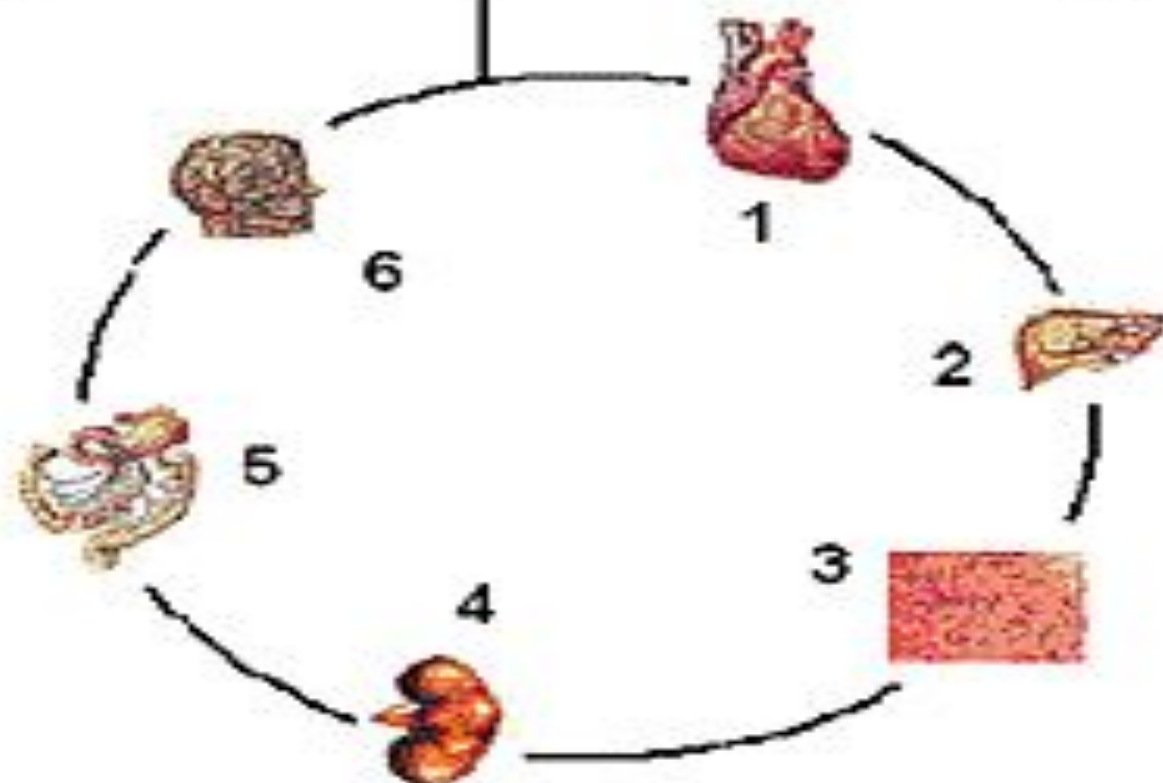
Диагноз тұжырымдаудың мысалы: Сол жақ өкпенің төменгі бөлігінің абсцесі. Сепсис Ересектердегі респираторлық дистресс-синдромы. Жедел тыныс жетіспеушілігі.

Респираторный дистресс-синдром взрослых (РДСВ)

Клиника

Острая дыхательная недостаточность
Одышка, удушье, влажные хрипы в легких
Гипоксемия, гиперкапния

Клиника полиорганной недостаточности



- **Клиникалық белгілері.**

- Ең алғашқы белгі болып – еңтігу болады, содан кейін экспираторлы шулар-“хрюкающий выдох” ол дауыс саңылауының спазмынан пайда болатын шу. Кеуде клеткасының тыныс алғанда ішке кіруі, мұрын қанаттарының жайылуы, апноэ ұстамалары, цианоз, беттің үрленуі «дыхание трубача», ауыздан көбіктің бөлінуі, қол мен аяқтардың ісінуі, кеуде қуысының сіріңке қорабы тәрізді болуы. Интоксикация белгілері, әлсіздік, гипотермия, бұлшықет гипотониясы, олигурия, дене салмағының жоғалуы, лоқсу, іштің үрленуі, кейде ауру балаларда қарынша ішілік қан құйылулар дамиды.

Емі. ЕРДС-ң емдеу принциптері аурудың

этиологиясына тәуелді болмайды.

Стационарға дейінгі сатыда науқас адамның оттегімен дем алуын қамтамасыз ету керек. ЕРДС-мен күрестің таңдамалы

тәсілі - сыртқа тыныстаудың сонындағы қысым

жоғары болатын режимде орындалатын қосымша жасанды тыныстау.

Өкпені жасанды желдету режимі әр түрлі:

ішке және сыртқа тыныстау ұзақтығының қатынасы керісінше болатын

ӨЖЖ басқарымды тыныстау бар ӨЖЖ, жоғары жиілікті ӨЖЖ.



ЕРДС-ң жедел кезеңінде (алғашқы 72 сағатта) ГКС мен БҚҚП тиімді емес. Азот оксидін тыныстау өкпе артериясындағы қысымды азайтып, қанның оксигенациясын жақсартады. Ацидозды азайту үшін натрий гидрокарбонатының 4% ертіндісін қышқыл-негіз күйін бақылай отырып венаға егеді, гиперкоагуляцияны азайту үшін реополиглюкин, пентоксофилл ұсақ молекулалы гепарин (фраксипарин, эноксапарин) қолданылады. Айналымдағы қан көлемін бақылай отырып (орталық вена қысымы), гиповолемия немесе гиперволемияға сәйкес шара қолданылады. Егер синдромның белгісі сепсис болса, онда антибактериялық емді бастау керек. Қақырықтың бөлінуін аэрозоль көмегімен (маска арқылы аэрозольдерді енгізу) вибрациялық массаж жасап жеңілдетудің маңызы жоғары.

Таблица 1. Острый РДС: распространенные провоцирующие состояния и их влияние на риск РДС и исходы*

Состояние	Риск острого РДС, %	Смертность, %
Сепсис	29	32
Пневмония	38	36
– при внелегочном источнике инфекции	15	29
Септический шок	37	55
– при легочном источнике инфекции	48	56
– при внелегочном источнике инфекции	25	54
Травма**	12-18	10
Массивное переливание крови	29	57
Инспирация содержимого ЖКТ	22-38	52

* Подобных данных для СОПЛ не получено.

** Подразумеваются множественные переломы с/без закрытой травмы легких.

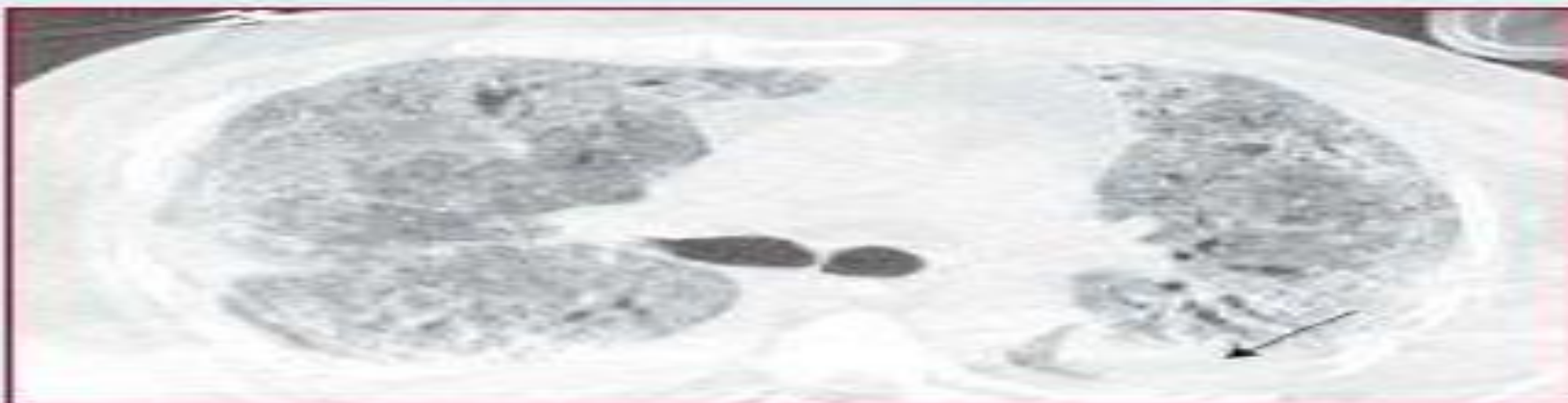


Рис. 1. Изображение, полученное при КТ легких у пациента, для которого были справедливы критерии диагностики острого РДС. На снимке видно, что поражение легочной паренхимы при остром РДС не гомогенно, а включает более темные участки уплотненной ткани (показано стрелочкой)

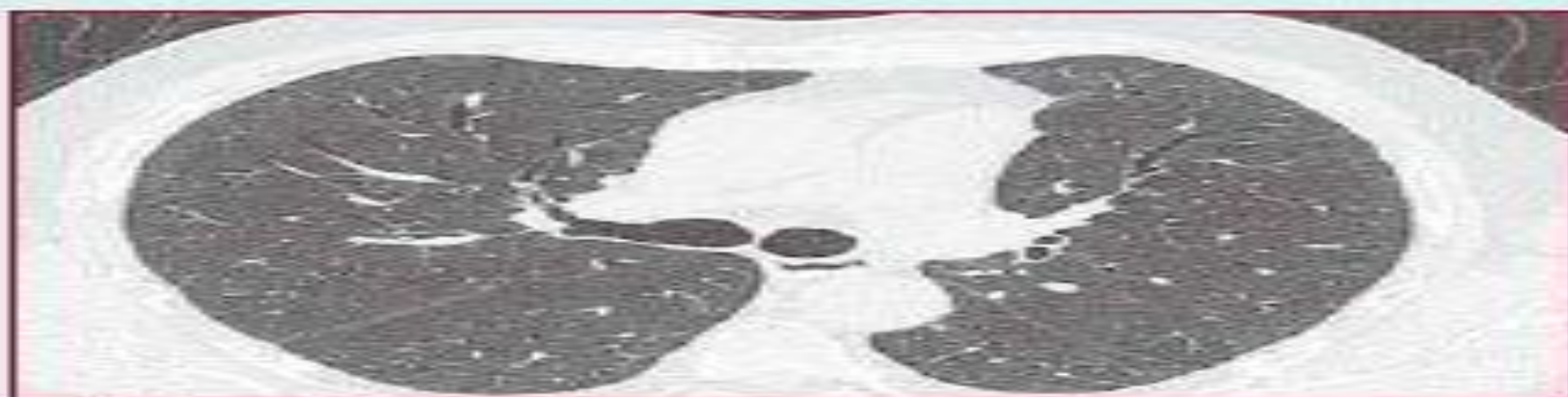


Рис. 2. Изображение, полученное при КТ легких того же пациента через год после снимка, представленного на рисунке 1

