

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Кафедра: визуалды диагностика

СӨЖ

Тақырыбы: Жүректің жүрекше мен қарынша
гипертрофиясының визуальды диагностикалау әдістері

Орындаған: Шарақул Ж.

Курс: 3

Факультет: ЖМ

Топ: 13-005-2қ

Қабылдаған: Нурумбетов К.М.

Алматы, 2016

Жоспары

I. Кіріспе

II. Неізгі бөлім

- 1. Жүрекше мен қарынша гипертрофиясының себептері*
- 2. Визуальды диагностикалау әдістері*

III. Қорытынды

Қолданылған әдебиеттер

КІРІСПЕ

Жүрек-сop-өзіне құйылатын вена тамырларынан қанды қабылдап және оны артерия жүйесі арқылы айдайтын қуыс-бұлшықетті ағза болып табылады. Жүрек кеуде аралығында ассиметриялы орналасқан. Жүрек 4 камераға бөлінеді: 2 жүрекше, 2 қарынша.

Жүрек ұшын-арех, негізін-basis, ажыратады. Жүрек шекараларының кеуде қабырғасына проекциялануы: жүрек ұшының соғуы бұғананың ортаңғы сызығынан 1-1,5 см ішке қарай, бесінші сол жақ қабырғааралықта сезіліп тұрады. Жоғары шекарасы үшінші қабырға шеміршектерінің жоғарғы жиегі деңгейімен өтеді. Жүректің оң жақ шекарасы төстің оң жақ жиегінен 2-3 см оңға қарай, III қабырғадан V қабырғаға дейін өтеді; төменгі шекарасы көлденең V оң жақ қабырға шеміршегінен жүректің ұшына қарай, сол жақ шекарасы V қабырға шеміршегінен жүрек ұшына дейін өтеді.

ЖҮРЕКШЕ МЕН ҚАРЫНША ГИПЕРТРОФИЯСЫНЫҢ СЕБЕПТЕРІ

Жүрек қуыстарының гипертрофиялануының басты себебі қақпақшаларының жеткіліксіздігі немесе тарылуы болып табылады.

Оның себептері:

- Сепсис;
- Атеросклероз;
- Мерез;
- Эндокардит;
- Ревматизм

□ Оң жақ жүрекше мен оң жақ қарыншаның гипертрофиясы:

- **Үш жармалы қақпақшаның жеткіліксіздігі** - оң жақ қарынша систоласы кезінде қақпақшаның толық жабылмауынан қанның бір бөлігі оң жақ жүрекшеге өтеді, сол кезде қуыс веналардан қалыпты мөлшерде қан келеді, сондықтан оң жақ жүрекше бірінші кеңейіп, кейін гипертрофияланады. Оң жақ қарынша диастоласы кезінде оң жақ жүрекшеден қайтқан қан мен қуыс венадан келген қан қосылып қалыптыдан көп қан оң жақ қарыншаға өтуі себебінен оң жақ қарынша кеңейіп, содан соң гипертрофияланады.

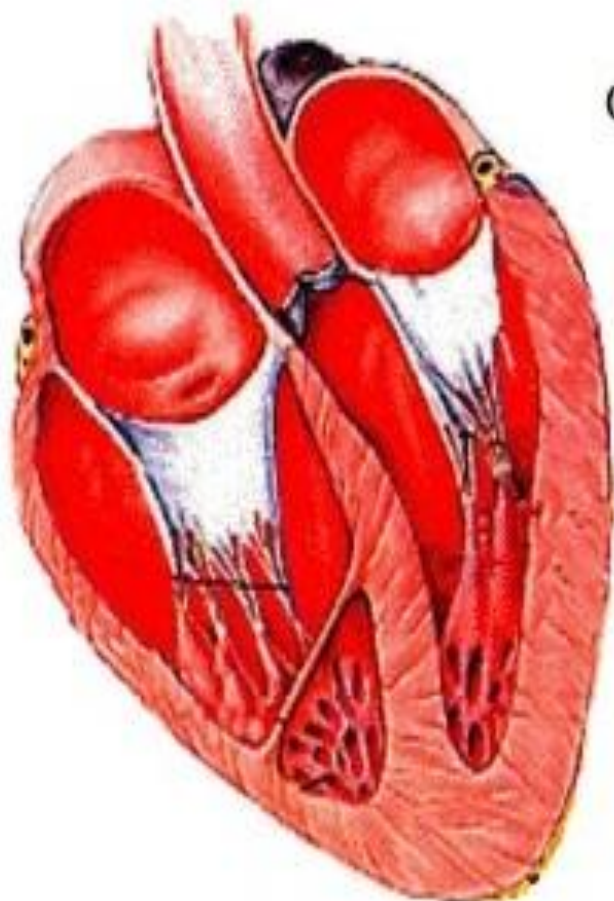
□ *Сол жақ қарынша гипертрофиясы:*

- *Қолқа қақпақшасының стенозы*-сол жақ қарынша систоласы кезінде қан қолқаның тар тесігінен толық өтпей белгілі бір мөлшері қалып қояды, диастоласы кезінде қалған қанға сол жақ жүрекшеден қалыпты мөлшерде қан келіп қосылады. Бұл сол жақ қарыншаның толуы мен бұндағы қысымның артуына алып келеді. Бұндай бұзылыстан сол жақ қарыншаға көп күш түседі және гипертрофияланады.
- *Қолқа қақпақшасының жеткіліксіздігі* -сол қарынша диастоласы кезінде қан сол жақ жүрекшеден ғана емес, сонымен қоса қолқа қақпақшасының толық жабылмауынан қан қолқадан қайта келеді. Систола кезінде қалыптыдан көп мөлшердегі қанды қолқаға айдау үшін үлкен күшпен жиырылуы қажет. Көп күш түскендіктен сол жақ қарынша гипертрофияланады.

□ *Сол жақ жүрекше мен сол жақ қарыншаның гипертрофиясы:*

- *Митральды қақпақшаның жеткіліксіздігі* -сол жақ қарынша систоласы кезінде митральды қақпақшаның толық жабылмауынан сол жүрекшеге белгілі бір мөлшерде қан қайтып келеді. Сол жүрекшеге қайтқан қанға өкпе веналарынан қалыпты мөлшерде қан келіп қосылады. Сондықтан жүрекшедегі қысым артып, кеңейіп, гипертрофиялануына алып келеді. Сол жақ қарынша диастоласы кезінде сол жүрекшеден қалыптыдан көп мөлшерде қан келеді. Сол қарыншаның артық күшпен жұмыс істеуінен сол қарынша да гипертрофияланады.

□ *Кардиомиопатиялар*



Қалыпты жүрек

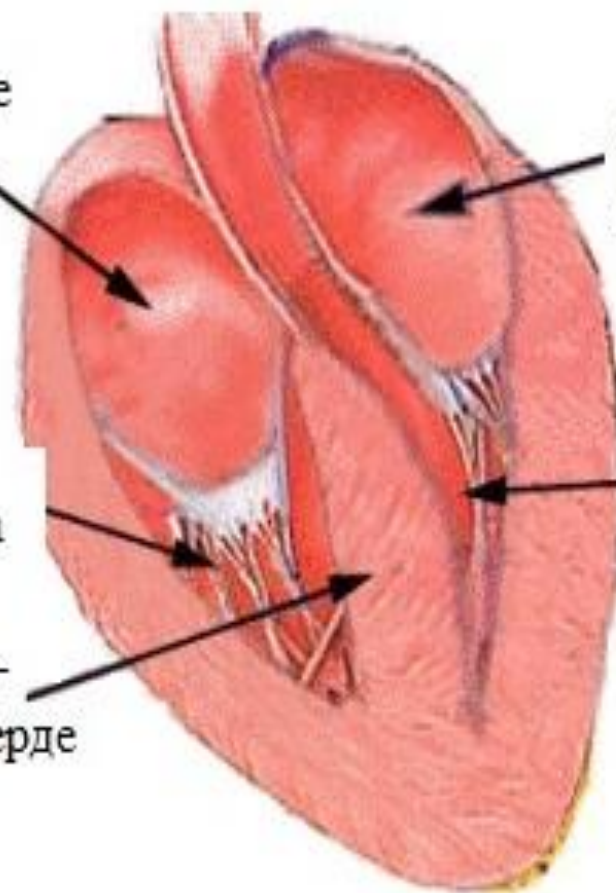
Оң жүрекше



Оң қарынша



Қарынша-аралық перде



Сол жүрекше



Сол қарынша



Гипертрофияланған жүрек

Визуальды диагностикалау әдістері

- Рентгенография;
- Эхокардиография;
- УДЗ;
- КТ;
- МРТ.

Визуальды диагностикалау әдістері

Жүректі рентгенологиялық зерттеу

Жүрек рентгенографиясы екі бағытта жүргізіледі:

- тура;
- бүйірінен:
 - Оң;
 - Сол.

Жүрек рентгенограммасында екі контурды ажыратады:

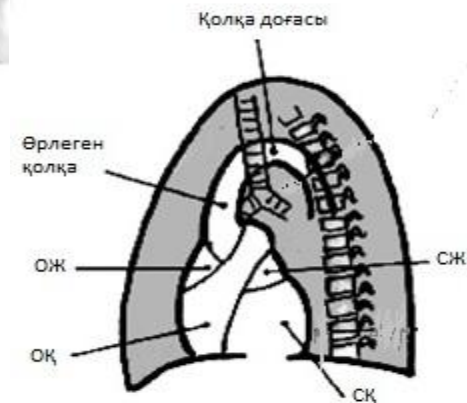
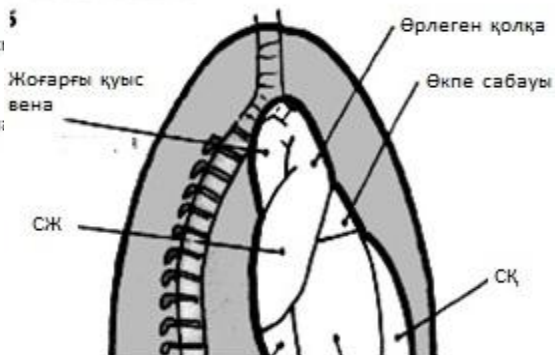
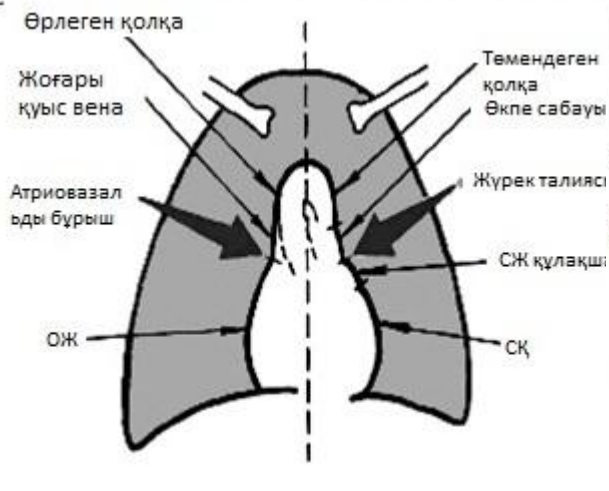
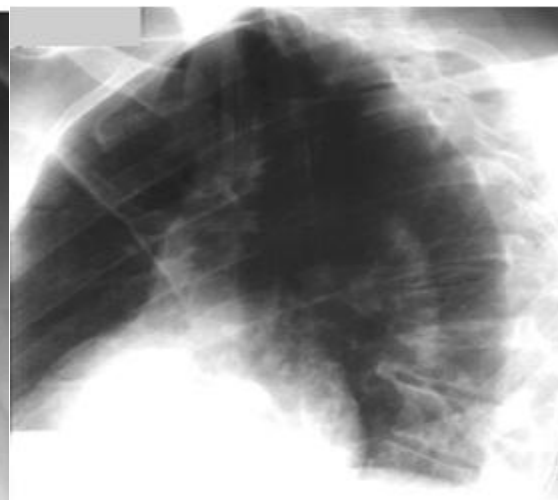
- Оң;
- Сол.

Жүрек-қан тамыр көлеңкесінің оң контуры екі доғадан тұрады:

Жоғарағы доға қолқаның өрлеген бөлігінің көлеңкесі болса, төменгі доға оң жүрекшенің көлеңкесі, осы екі доға арасы оң атриовазальды бұрыш деп аталады.

Ал сол контуры төрт доғадан тұрады. Жоғарғы доға қолқаның төмендеген бөлігінің, одан төмен жатқан доға өкпе сабауының, одан төмен жатқан доға сол жүрекшенің құлақшасы, ең төменгі және ұзын доға сол қарынша болып табылады. Екінші және үшінші доға арасы сол атриовазальды бұрыш болып есептеледі.

Рентген түсіру бағыттары

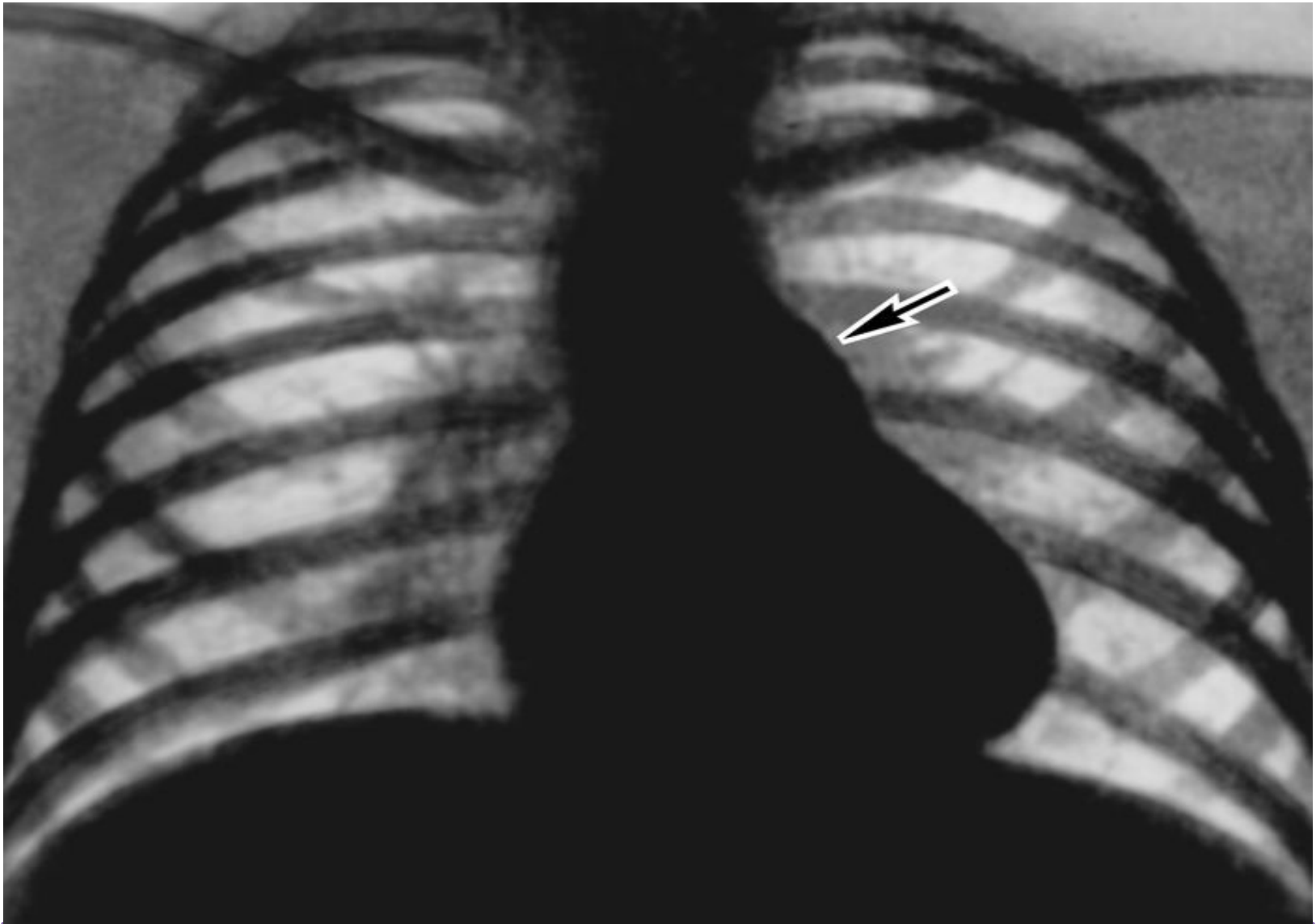


Сол жүрекше гипертрофиясы

Сол жүрекше гипертрофиясы кезінде оның доғасы сол контурда онша үлкеймейді, оң контурда қалыпты жағдайда кездеспейтін доға пайда болады. Сол жүрекшенің үлкейгенін оң бүйірмен түскен рентгенограммада анық көреміз. Ол кезде науқасқа контрастты зат беріп, өңешті тексереміз. Қалыпты жағдайда өңеш жүрекке тиіп тұрады. Контрастты зат ретінде барий сульфаты қолданылады. Сол жүрекше үлкейгенде өңеш артқа қарай доға түзіп ығысады. Өңештің түзген доғасы 6 см. жетпесе үлкен емес радиусты, ал 6 см асып кетсе үлкен радиусты деп аталады.

Сол қарынша гипертрофиясы

Сол қарынша гипертрофиясында бір заңдылық бар. Егер сол қарынша үлкеюуі қолқа қақпақшасының стенозында болса төменгі доға ұзарып, жүрек ұшы дөңгелектенеді, ал егер сол қарыншаның үлкеюуі оған қан көп келгеннен болса доға ісініп, ортаңғы бұғана сызығынан сыртқа қарай шығады.

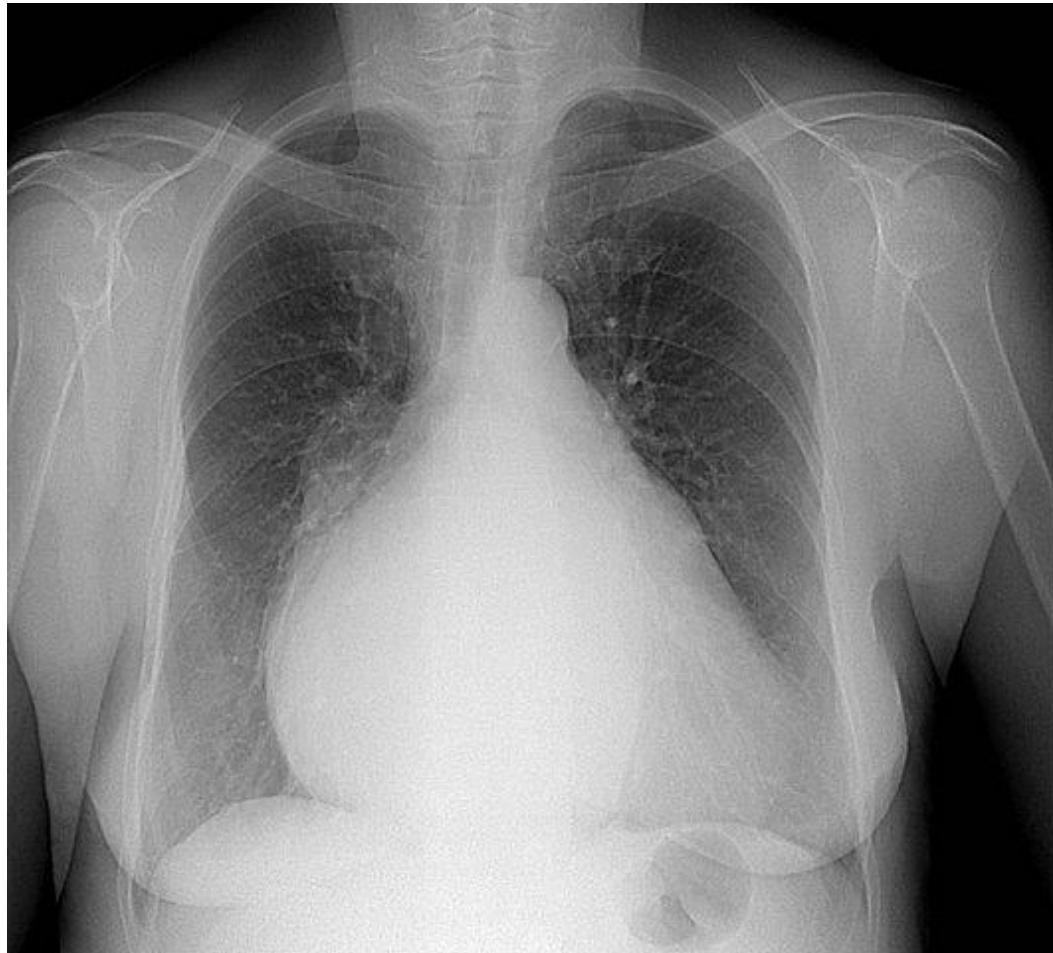


Сол қарынша гипертрофиясы

Оң қарынша мен оң жүрекше гипертрофиясы

Оң жүрекше үлкеюі кезінде оның доғасы ұзарады және қалыптыдан артық өкпе алаңына енеді. Оң қарыншаның үлкеюі кезінде де дәл осындай өзгеріс болады, себебі оның өзінің тура бағытта доғасы жоқ. Бірақ тура бағытта түсірілген рентгенограммада оң қарыншаның үлкейгенің дәл анықтауға болады. Біріншіден, ол оң жүрекшені оңға және жоғары ығыстырады. Сондықтан оң контурдың төменгі доғасы ұзарып, оңға қарай ығысады және атриовазальды бұрыш жоғары жылжиды. Екіншіден, сол контурдың екінші доғасы шығыңқы болады. Егер өте қатты үлкейсе сол контурда сол қарынша доғасы үстінде қосымша доға пайда болады.

Оң жүрекше мен сол қарынша гипертрофиясы



Эхокардиографиялық зерттеу жүрек гипертрофиясының диагнозын нақтылаудағы негізгі әдіс. Шығарушы жолдың обструкциясымен жүретін ассимметриялы гипертрофиясы бар гипертрофияны ультрадыбыспен зерттеуге аса үлкен мән берілуде.

ЭхоКГ белгілері:

1. СҚ қуысының тарылуы, СЖ кеңеюі;
2. Митралды қақпашаның систолалық қозғалысы;
3. Қолқалық қақпаның систола кезінде басылып қалуы;
4. Допплер-ЭхоКГ зерттеу кезінде СҚ-лық шығарушы жолдағы қан ағысының жоғарғы жылдамдығы анықталады;
5. СҚ диастолалық дисфункциясының белгілері;
6. СҚ артқы қабырғасының гиперкинезиясы;
7. Митральды регургитация.

УДЗ

Зерттеу барысында науқас шалқасын жату керек. Жүрек үстінен датчикті әр позицияда қоямыз, қалыпты жағдайда төрт түрлі позиция болады:

1. Бірінші позиция – ОҚ, қолқа, қолқа қақпақшасы, СЖ.
2. Екінші позиция - ОҚ, қарынша аралық перде, митральді қақпақша, СҚ артқы қабырғасы.
3. Үшінші позиция - ОҚ, қарыншааралық перде, СҚ және оның артқы қабырғасы.
4. Төртінші позиция – СҚ мен қарыншааралық перде.

Негізгі көрінісі: СҚ мен СЖ кеңейген, митральді қақпақшаның ашылу амплитудасы кеңейген, СҚ қабырғасы қалыңдаған.

MPT

Жүректің магнитті-резонансты томографиясы-жүрек аурулары кезінде жүрек ішін көруге болатын әдіс.

Бұл әдіс арқылы ақпарат алуға болады:

- Жүрек бұлшық еттерінің жұмысы туралы;
- Қақпақшалардың қызметі туралы;
- Жүрек камералары мен олардың қабырғалары туралы.

MPT арқылы қозғалмалы бейнені де көруге болатын болғандықтан, бұл әдіс арқылы жүректің сору қызметін, систола кезіндегі камералардағы өзгерісті, жүрек пен ірі қан тамырларындағы қан айналымды байқауға болады.

МРТ мүмкіншіліктері жүрек ауруларына диагноз қоюда кең қолданылады:

- ЖИА;
- Миокард гипертрофиясында;
- ОҚ аномалиясында;
- Перикардит;
- Ісікте;
- Қақпақша қызметтерінің бұзылысында;
- Туа пайда болған жүрек ақауларында.

Қолданылған әдебиеттер

1. Л.Д.Линденбрaтен,Л.Б.Наумов “Медицинская рентгенология” Москва 1984 ж.
2. А.Л:Гребенев “Пропедевтика внутренних болезней” Москва 2001 ж