

ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

«ВИЗУАЛДЫ ДИАГНОСТИКА» КАФЕДРАСЫ

СӨЖ

ТАҚЫРЫБЫ: РЕСПИРАТОРЛЫ ДИСТРЕСС – СИНДРОМЫНЫҢ ВИЗУАЛДЫ ДИАГНОСТИКАСЫ

Орындаған: Шалтабаева Айдана

Группа: жм13-018-01

Тексерген: Аманкулова Ж.Б.

Алматы, 2016

ЖОСПАР:

1. Кіріспе

2. Негізгі бөлімі

а) Этиологиясы

б) Патогенезі

в) Кеуде қуысы мүшелернің рентгенанатомиясы

г) Зерттеу әдістері (рентгенография, кеуде қуысының КТ-сы)

3. Қорытынды

Пайдаланылған әдебиеттер

КІРІСПЕ

Жедел респираторлы дистресс-синдромы – жіті тыныс жеткіліксіздігінің жалпы түрі. Бұл кезде тыныс алу бұзылады, тахипноэ, гипоксемия, цианоз дамиды, өкпе тінінің серпімділігі азаяды, екі өкпеде лейкоциттермен жайылған сіңбеленуі болып, өкпе ұяшықтары сұйыққа толады. Бұндай ісіну жүрек қызметінің бұзылысына байланысты емес және ауыр гипоксия дамуына алып келеді.

ЭТИОЛОГИЯСЫ:

- *Пневмония*
- *Сепсис*
- *Шок*
- *Жіті панкреатит*
- *Жіті тыныстық синдром*
- *Жаңа корона – вирустың әсерінен (келбетсіз пневмония)*
- *Аутоиммундық аурулар*
- *Кеуде қуысының жарақаттары*
- *Өкпе артериясының эмболиясы және т.б.*

ПАТОГЕНЕЗ:

Өкпе ұлпасының жіті бүлінісі

Өкпе ұяшықтары мен қылтамырлар қабырғасының бүлінуі

3. Жүрек қызметіне байланысты емес өкпе ісінуі

Тыныс жолдары мен өкпе ұяшықтарында сұйық жиналуы

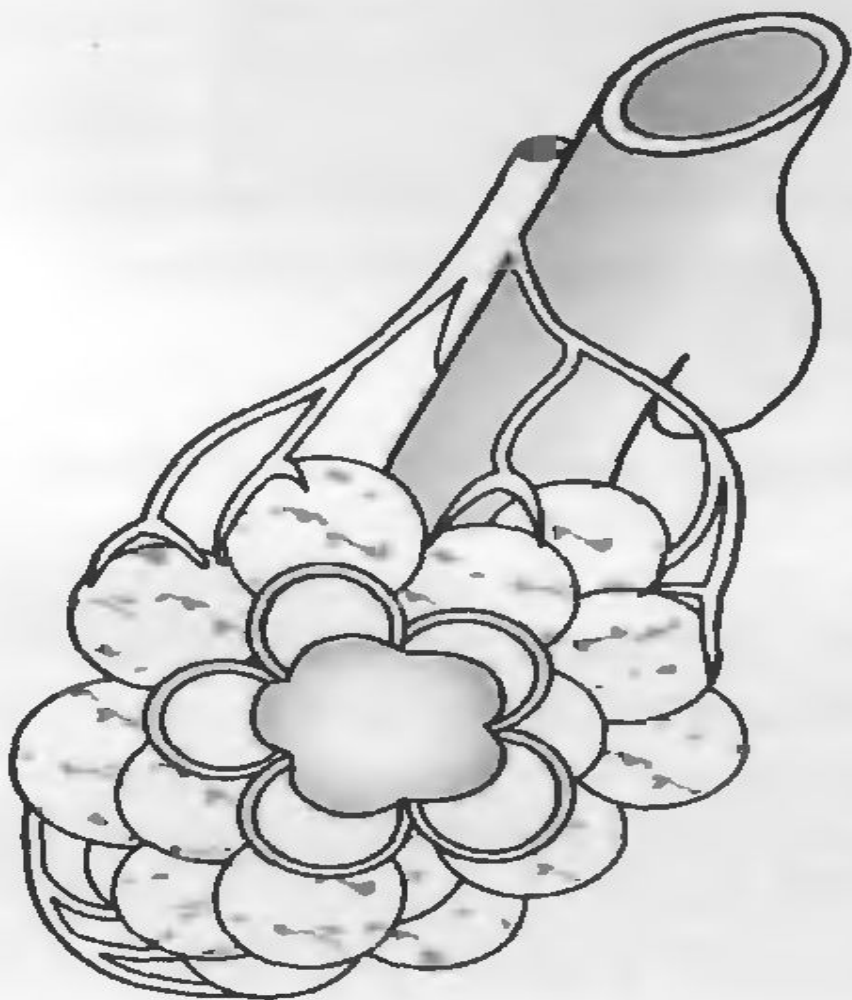
Өкпенің тыныстық бетінің кішіреюі

Өкпе тінінің созылғыштығы азаюы

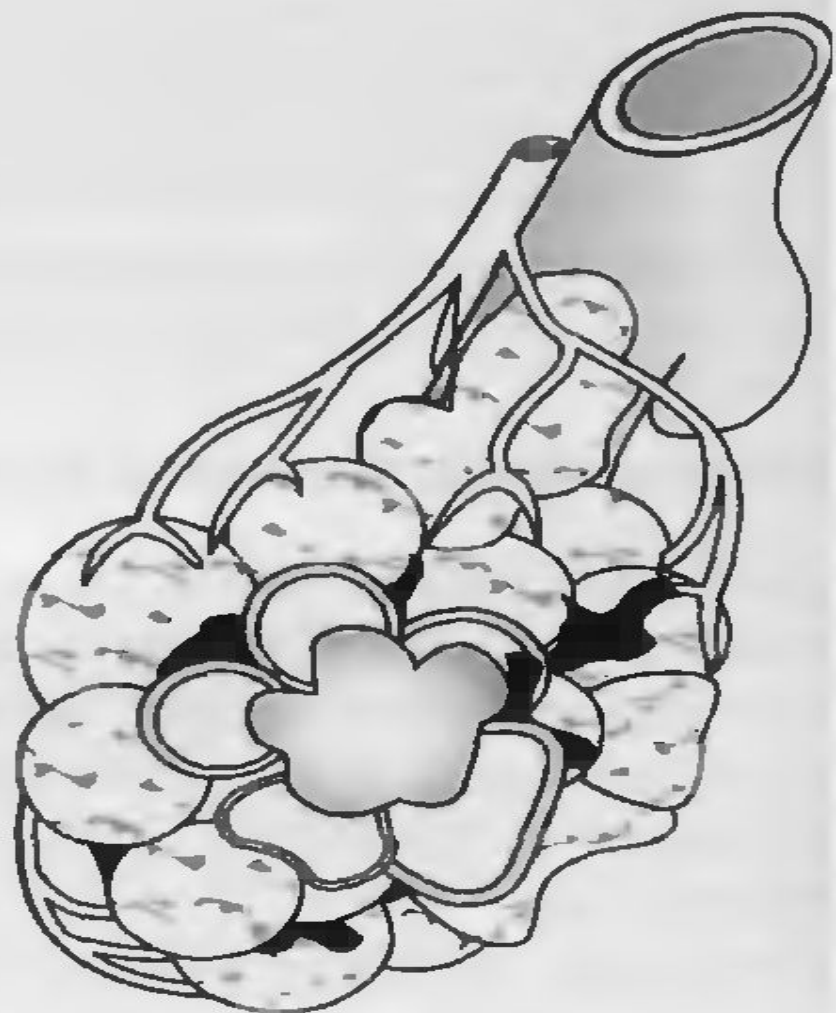
Өкпе ішілік тікелей қосылыстардың пайда болуы

II – түрдегі өкпе жасушаларының қызметтері бұзылуы, сурфактант түзілуі мен секрециясы азаюы

Өкпе ұяшықтарында сурфактант азаюы



Нормальное легкое



Дефицит сурфактанта

Рис. 4.1. Неравномерно расправившееся легкое со спавшимися альвеолами при дефиците сурфактанта

КЕУДЕ ҚУЫСЫ МҮШЕЛЕРНІҢ РЕНТГЕНАНАТОМИЯСЫ

Өкпе алаңы мөлдір, симметриялы, екі жақта да қантамырлар суреті анықталады. Оң және сол өкпе түбірі 2-4 қабырғалардың алдыңғы кесінділері деңгейінде анықталады, сол өкпенің түбірі $\frac{1}{2}$ қабырғааралыққа жоғары орналасады. Өкпе түбірінің көлеңкесі күрделі көлеңке, оны құрайтын анатомиялық мүшелер – өкпенің күре тамыры, көк тамыры және лимфа жүйесі. Түбірдің көлеңкесін – басы, денесі, құйрық бөлімі деп ажыратады. Есейген адамның өкпе түбірінің көлеңкесінің ені – 1-1,5 см, шекарасы анық. Кеудеаралық көлеңкесі ортада орналасқан. Көкет күмбезі оң жақта 6-қабырғаның алдыңғы кесіндісінің деңгейінде орналасқан; сол жақта бір қабырғааралыққа төмен, контуры анық, тегіс. Диафрагмальді синустар бос, сүйір бұрыш түрінде көрінеді. Кеуде торының жұмсақ тіндер көлеңкесі біркелкі емес, қоюлығы төмен, қоюлығы – жоғары қабырғалар, бұғаналар, жауырындар, кеуде омыртқа сүйектер көлеңкесін көреміз.

Рентгенография

Тыныс алу мүшелерін рентгенография жасағанда зерттелуші адамды рентген түтігінен 1,8-2,0 метр қашықтықтан түсірген жөн, түсіретін уақыт 0, 05 секундтан аспауы керек, түсіру кезінде ауру демін ішіне толық алып демін тоқтатқан жөн. Түсіру бағыттары – тікелей, екі бүйірінен , қиғаш. Пациенттің зерттеу кезінде дұрыс орналасуын анықтау: бұғананың медиальді ұшы (стернальді) мен омыртқаның арқа өсіндісінің аралығы екі жақта да симметриялы; жауырындарды қабырға доғасынынан алшақтатады және олар өкпе алаңына қабаттаспайды; өкпе алаңы, өкпе ұшы және қабырға-диафрагмальды синустар толық қамтылған.

***Респираторлы дистресс – синдромы кезіндегі
рентгенологиялық көрсеткіштер:***

- Пішіні дұрыс емес немесе дөңгелек пішінді формалы екі жақты көптеген диффузды инфилтративті көлеңкелер
- Қантамырлармен салыстырғанда тығыздығы жоғары
- Өкпенің перифериялық бөлімдерінде орналасқан
- “матового стекла” суретінің түзілуі
- Жиі плевральды выпот көрінеді



***Keуде қуысының тура бағыттағы
рентгенограммасы***

***Өкпенің пневмотизациясының
төмендеуі, жүректің шекарасы анық***



РДС. Рентгенограмма в прямой проекции, в горизонтальном положении. Верхние доли легких и средняя доля справа неоднородно слабоинтенсивно затемнены, корни легких расширены, не структурны. Сосудисто-интерстициальный рисунок легких деформирован, усилен, размыт. Тень средостения с нечётким контуром, протекционно смещена влево за счёт подворота.

Компьютерлік томография жүргізу үшін арнайы дайындық қажеті жоқ, бірақ егер КТ – да контрастты зат қолданылатын болса, КТ жүргізілмес бұрын 6 – 8 сағат тамақтанбауы тиіс, себебі адамның жүрегі айнауы мүмкін. Пациентті арнайы аппаратқа бекітілген үстелге жатқызылып, қолын бас жағына көтеруі қажет, кейбір жағдайда пациент ішіне жатқызылуы мүмкін.

Өкпе КТ 2 режимде жүргізіледі:

1- режим өкпелік – өкпе тіндері, бронхтар, артерия мен венасы тексеріледі.

2 – режим – аорта, артериялар , жоғарғы қуыс вена, жүрек, трахея және лимфалар тексеріледі.



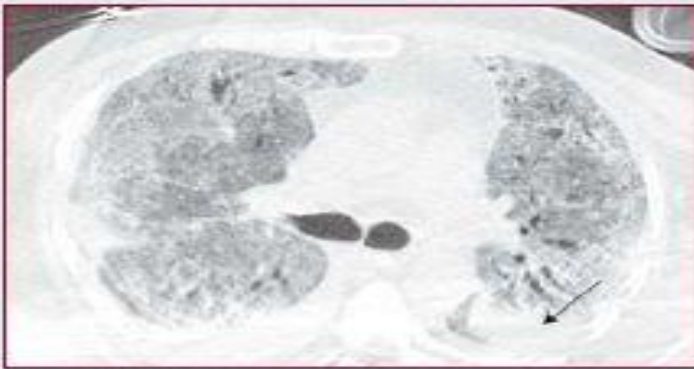


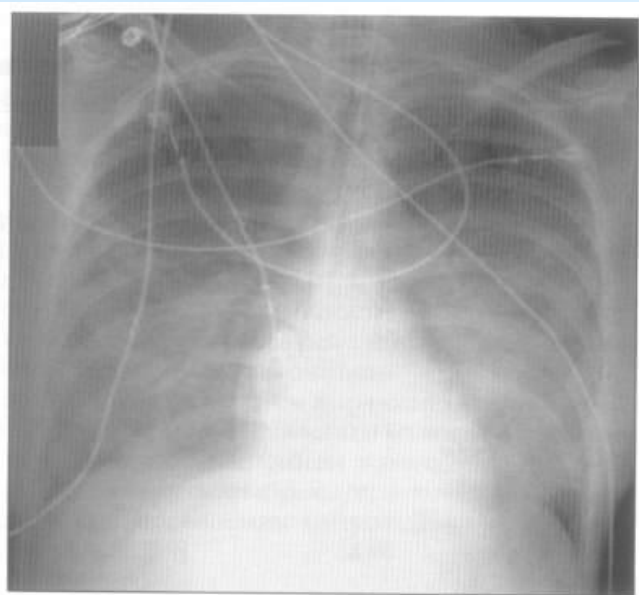
Рис. 1. Изображение, полученное при КТ легких у пациента, для которого были справедливы критерии диагностики острого РДС. На снимке видно, что поражение легочной паренхимы при остром РДС не гомогенно, а включает более темные участки уплотненной ткани (показано стрелочкой)



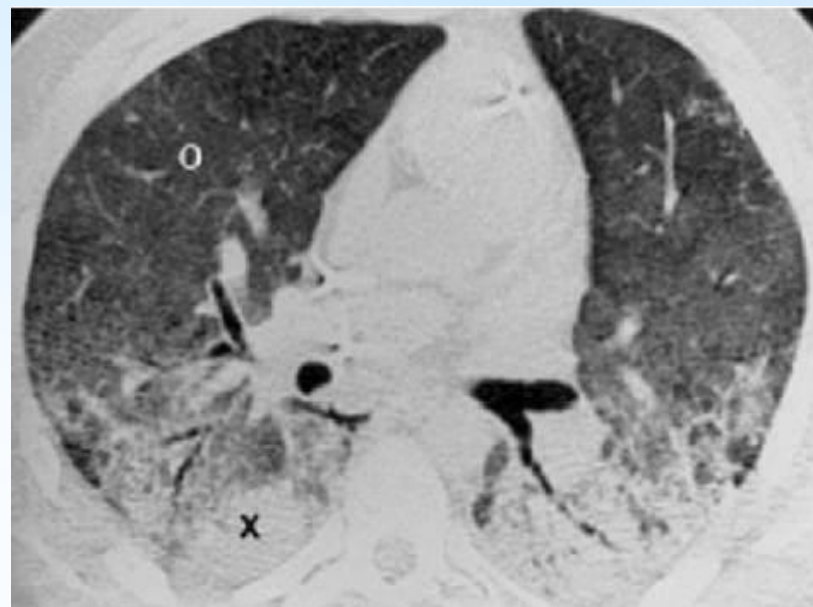
Рис. 2. Изображение, полученное при КТ легких того же пациента через год после снимка, представленного на рисунке 1

Компьютерлік томография

арқылы өкпе пренхимасының зақымдалу дәрежесін, бронхтар, артериялар мен веналардың жағдайын және жаңа түзілістердің локализациясын біле аламыз. КТ-дан РДС кезінде инфильтратты дақтар, өкпе тінің вентральды бөлімінде қалыпты аэрация, аралық бөлімінде “күңгірт түсті терезе” суретінің пайда болуы, дорсальды бөлімінде тығыз ошақтар болады. Тығыз ошақтардың пайда болуы «компрессивті ателектазға» байланысты.



**ЖРДС рентгенограммасы: екі
жақты диффузды
мультифокальдық
инфильтраттар**



**ЖРДС кезіндеі КТ:дорсальды
бөлімдегі тығыздығы жоғары
ошақтар, «күңгірт түсті терезе»
суретінің пайда болуы**

ҚОРЫТЫНДЫ

Ең алғашқы РДС клиникалық белгілер 1967 жылы 12 науқаста табылып, соның ішінде 7 адам қайтыс болған. Сол кезден бастап РДС кардиогенді емес өкпе ісінуі, «сулы өкпе», «ауыр өкпе», «шоктық өкпе» деген сияқты атаулармен аталған. 1994 жылы Еуропа –Америкалық конференцияда ғылымға РДС термині енгізілді.

Қазіргі кезде Қазақстанда тыныс алу жолдарының ауруларының таралу жиілігі жүректің ишемиялық аурулары мен гипертониялық аурулардың таралу жиілігімен бірдей көрсеткішке жетті. Соңғы зерттеулер нәтижесінде дүние жүзіндегі адамдардың 4 – 10 % - ы бронхиальды астмамен ауыратыны белгілі. Сондықтан қазіргі таңда тыныс алу жолдары ауруларының этиологиясы мен патогенезін, сонымен қатар зерттеу әдістерін мен емдеу жолдарын білу өте маңызды.

Пайдаланылган әдебиеттер:

1. Кассиль В.Л., Золотокрылина Е.С. // Острый респираторный дистресс-синдром. - М.: Медицина, 2003.
2. "Дистресс-синдром респираторный" // М.Ф. Логачев, В.Н. Семенов.
3. Диагностика и лечение РДС недоношенных // метод. рекомендация, 2007
4. http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/05_04/330.shtml
5. Сәулелік диагностика // Хамзин Әбілқәрім, 2010