

Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Фармацевтика Академиясы

Педиатрия және балалар ауруы кафедрасы

Жедел жүрек жеткіліксіздігі

Қабылдаған: Қожабаева С. А.

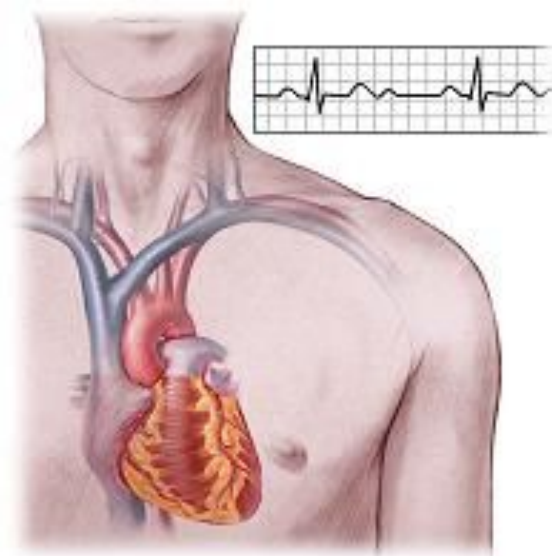
Орындаған: Смаил Н. Е.

Тобы: ЕІЖҚ – 402

Жоспары:

- Кіріспе
- Негізгі бөлім
- Жедел жүрек жеткіліксіздігінің классификациясы
- Этиологиялық себептері
- Патогенезі
- Клиникалық көріністері
- Емі

- Пайдаланған әдебиеттер



- Жедел жүрек жеткіліксіздігі — миокардтың жедел немесе аяқасты дамитын жиырылғыштығының бұзылысы және қанайналым жеткіліксіздігі



Жедел жүрек жеткіліксіздігінің этиологиялық себептері

- Жүректің қанмен немесе қысыммен зорығуы
- Миокард жирылғыштығының бұзылысы
- Жүректің дегенеративті өзгерістері мен жалпы массасының азаюы
- Жаңа туылғандардың туа пайда болған жүрек ақаулары мен аномалиялары
- Туа пайда болған бүйрекүсті безінің дисфункциясы
- Туа пайда болған тыныс жеткіліксіздігі
- Жаңа туылғандардың туа пайда болған ми қанайналым бұзылыстары
- Ревматикалық емес жедел миокардиттер, перикардиттер, кардиомиопатиялар, жедел пневмониялар

Жедел жүрек жеткіліксіздігі себептері

- Жүрек ақаулары
- Миокардиттер
- Миокард инфаркты
- Артериялық гипертония
- Жүрекке көп жүктеме түсуі
- Жүректің зорығуы
- Инфекциялар
- Токсикалық әсерлер

Патогенезі:

- Балалардағы жедел жүрек жеткіліксіздігінің патогенезінің негізінде Na-K-АТФ-азаның активтелігінің жоғарылауы энергодинамиалық жеткіліксіздіктің, актиномиозин синтезі төмендеп, электролиттер дисбалансы орнығып, миокардтың жиырылғыштығын төмендетеді. Жүрек қуысынан қан лақтырылымы азаюының салдарынан қанайналым төмендеп, өкпе тамырларын толтырып, тыныс алу алаңын кішірейтіп, оттегі жеткіліксіздігіне, яғни метаболикалық ацидозға алып келеді. Жасуша мембранасының өткізгіштігі гипоксия нәтижесінде жоғарылап, микроциркуляцияны бұзады, коронарлық жеткіліксіздік дамиды, миокардтың энергиямен қамтамасыз етілуі жеткіліксіз болып, оның нәтижесінде гемодинамиканың ауыр бұзылыстарына әкеп соқтырады.

- Гемодинамикалық жеткіліксіздіктер көбінесе жүректің туа немесе жүре пайда болған ақауларында болады. гипоксия нәтижесінде гемопоз белсенеді, тіндік өткізгіштік жоғарылап, микроциркуляцияны бұзылады.
- Веналық іркіліс және қанмен қамтамасыз етілуі бұзылғандықтан бүйректе шумақтық сүзілу төмендейді, ренин, альдостерон және антидиуретикалық гормон бөлінуі жоғарылап, организмде су мен натрий ұсталады, калий сыртқа шығып кетеді.
- Осының нәтижесінде циркуляциялық қан көлемі жоғарылап, веналық қысым жоғарылайды, ісінулер пайда болады. Веналық іркіліс және гипоксиядан органдарда (бүйрек, бауыр, өкпе) бірте-бірте дәнекер тінденуі болып қайтымсыз дистрофиялық өзгерістерге алып соқтыралы.
- Жүрек қызметінің өшуі жүрекше-қарынша аралық өткізгіштіктің бұзылысына, миокардтың жиырылғыштық функциясының қарқынды төмендеуі, коронарлы тамырлардың қанайналым бұзылысына әкеп соқтырады, нәтижесінде жүрек қуысының үлкеюі болады.

Клиникалық көріністері

- Солқарыншалық және оң қарыншалық жедел жеткіліксіздік түрлерін ажыратады. Балалардағы жедел жүрек жеткіліксіздігінде көбіне солқарыншалық түрі жүректік астма және өкпе ісінуі формаларында өтеді.
- Балалардағы жүректік астманың симптомы: жедел басталуы бала ұйқыдан ауа жетіспей тұншығып оянады, өлімнен қорқыныш сезімі, ендік болады. Кіші жастағы балалар өте мазасыз, жылауық, емшектен бас тартады.
- Үлкен жастағы бала мәжбүрлі қалыпта төсекке қолын тіреп аяғын салбыратып отырады.
- Жүректік астма ұстамасы болған кезде тері бозарып тез цианозға ауысады, суық терге оранады.

- Жалпы әлсіздік, бас ауру, түнгі диурез жоғарылауы, гипоксия, ми ісінуі мен комасы дамиды.
- Инспираторлық немесе аралас ендік, жиі құрғақ жөтел
- Аускультативті әлсіз немесе қатаң тыныс бастапқы кезде
- Өкпе толуына байланысты орта калибрлі сырылдар ашық қызыл көп мөлшерде көпіршіктікті қақырық. Тыныс шулы
- Пальпацияда жүрек ұшы түрткісі әлсіреген, солға ығысқан.
- Жүрек тондары әсіреген, кардиальды шулар, жүрек ритмінің бұзылысы. Тахикардия. Пульс толымсыз және қысымды. Бастапқыда АД көтеріліп, кейін күрт төмендейді.

- Жедел ағымды болғандықтан күтпеген жағдайда, бірден басталатын ентігу, бала түрінің кенеттен қуаруы, қанның іркілу белгілері дамып, ішінің ауыра бастауы, мойын веналарының кернеуі, дезадаптация шығуы (бет әлпетінің ерекше өзгеруі үйреншікті түрінің бұрынғы қалпында болмауы) . Осындай қалыпқа бала бірнеше минуттың ішінде-ақ енеді. Балалар есін жоғалтуы, қан тамыр жетіспеушілігі дамиды.



Дифференциалды диагностикасы:

- Жедел жүрек жеткіліксіздігін жедел тамыр жеткіліксіздігі, бронхиальді астма, жедел пневмония, жедел миокардит, гипертониялық криз, Церебральді және гипогликемиялық кома, жедел БҮБ жеткіліксіздігінен ажырата білу қажет.

Жедел жүрек жеткіліксіздігі кезіндегі лабораторлы зерттеулер

- ЖҚА
 - ХҚК
 - D-Димеры ӨАТЭ (ТЭЛА) + ұзақ уақыт госпитализация кезінде
 - Креатинин, мочевина, АЛТ, АСТ
 - Қан құрамындағы глюкоза
 - Тропонин Т, I, КФК, миоглобин
 - Қан құрамындағы газдар
(қант диабеті, тыныс жеткіліксіздігі)
- ЖЗА

Жедел жәрдем

- Тыныс орталығының қажуы мен өкпе ісінуін болдырмас үшін тезарада басталуы тиіс
- Толықтай төксектік режим.
- қысып тұратын киімдерді шешу.
- Грелка қою.
- Кислород беру
- Көктамыршілік коргликон немесе строфантин тезарада беру!!! 10—15 мл изотониялық ерітіндісі не 20% глюкоза ерітіндісі.
- Реттік дозасы 0,006% коргликон:
 - 1 жас — 0,1 мл;
 - 2—3 жас — 0,2 мл;
 - 4—7 жас — 0,3—0,4 мл;
 - 7 жастан асса — 0,5—0,8 мл.
- Реттік дозасы 0,05% строфантин ерітіндісі :
 - Жасқа дейінгі балаларға — 0,05—0,1 мл; • 2—3 жас — 0,1—0,2 мл;
 - 4—7 жас — 0,2—0,4 мл.

Пайдаланған әдебиеттер

- «Детские болезни» Л. А. Исаев
- “Пропедевтика детских болезней” Шабалов
- http://deti.mail.ru/serdechnie_bolezni/beremennosty/
- <http://www.google.ru.doctor.end.narod.ru>.
- Земцовский Э.В., Гусейнов Б.А., Извекова А. В., Полухина Е.Л., Чистова И.Я. (1989) О точности реографического метода определения ударного объема крови // Кардиология. - 6: 75-79