



Медицина факультеті
ЖДП жұмысындағы ішкі аурулар



Тақырыбы: Созылмалы өкпе текті жүрек. Тыныс жеткіліксіздігі

**Қабылдаған: Скендирова Ш.У.
Орындаған: Нағашыбай Ә.Н.
Тобы: ЖМ-419х**

Түркістан-2019ж



- Зерттеу мақсатым:

- Зерттеу сұрағым:



ЖОСПАРЫ:

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

- *Өкпелік жүрек классификациясы.*
- *Созылмалы өкпелік жүрек этиологиясы және патогенезі.*
- *Созылмалы өкпелік жүрек клиникалық бейнесі.*
- *Созылмалы өкпелік жүрек диагностикасы.*

III. Қорытынды

IV. Пайдаланылған әдебиеттер тізімі.

Өкпелік жүрек – бронх пен өкпенің ауру фондында дамытын өкпелік артерияның қысымының жоғарылауы нәтижесінде жүректің оң жақ бөлігінің гипертрофиясы мен дилатациясы.



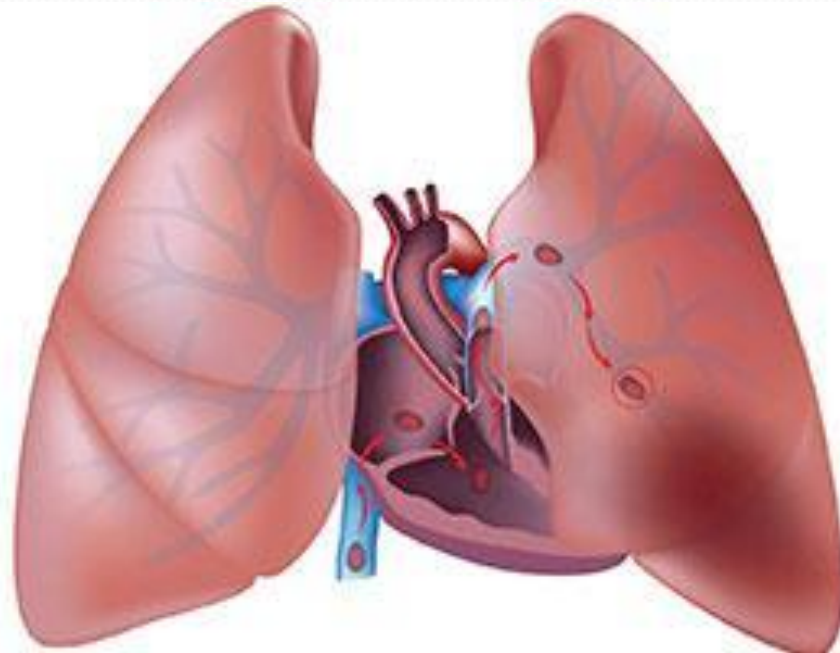
Классификациясы:

Өкпелік гипертензияның даму темпіне байланысты ажыратады:

1. Жедел өкпелік жүрек - бірнеше минутта дамиды.
2. Жеделдеу - бірнеше айларда дамиды.
3. Созылмалы - бірнеше жылда, пневмония) дамиды (созылмалы бронхит, өкпе эмфиземасы, бронхиалды астма, пневмония).

Б.Е.Вотчалдың 1964 жылы ұсынған ұсынысы бойынша созылмалы өкпелік жүректің негізгі үш түрін ажыратады:

1. **Васкулярлы**
2. **Бронхоөкпелік**
3. **Торакодиафрагмалық**



Өкпетекті жүректің васкулярлы түрі

мынандай жағдайларда дамиды:

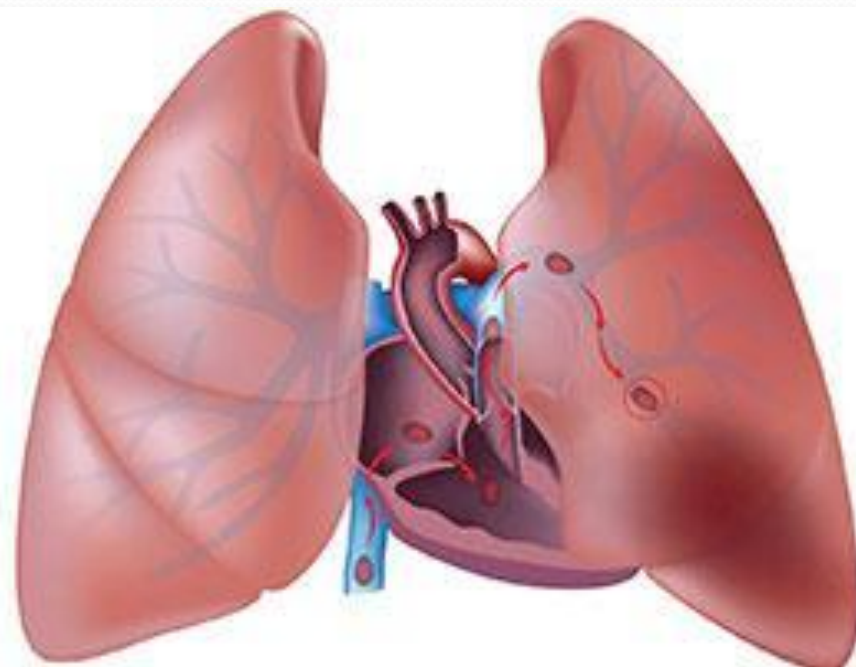
Өкпелік васкулиттер

Өкпенің біріншілік гипертензиясы

Таулық ауру

Рецидив беруші өкпе артериясының тромбоэмболиясы

Өкпе резекциясы



БРОНХОӨКПЕЛІК ТҮРІ

Өкпе паренхимасы ман бронхтарының диффузды бұзылыстары кезінде байқалады:

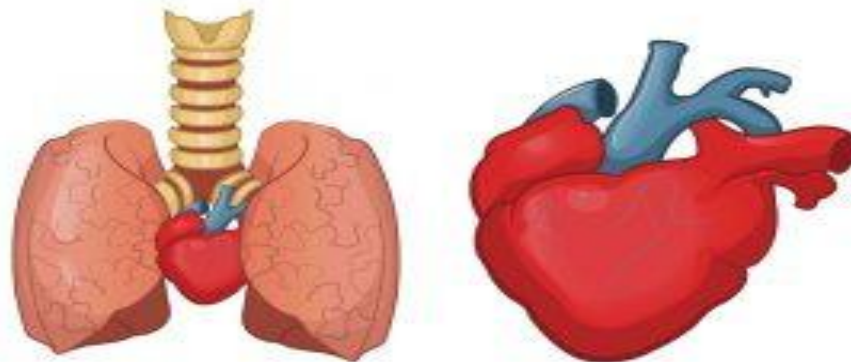
Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы, бронх астмасының ауыр ағымы кезінде,

бронхиолитте, созылмалы обструктивті бронхитте, өкпе эмфиземасы, диффузды пневмосклерозде және өкпе фиброздарында

спецификалық емес пневмонияның соңында,

туберкулезе, пневмокониозда, саркоидозда, Хаммен-Рич синдромында (диффузды фиброздаушы альвеолит),

Рестриктивті үрдістерде - фиброздар және гранулематоздар.



ТОРАКОДИАФРАГМАЛЫҚ ТҮРІ

өкпелік жүрек өкпедегі қан айналымының және вентиляция бұзылыстары кезінде дамиды:

Keуде қуысының деформациясында (кифосколиоздар және т. б), плевраның, диафрагманың патологиясы , (торакопластикада, фиброторакста, Бехтерев ауруында),

пиквик синдромында, түнгі апноэ синдромында.



Патогенезі

ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ



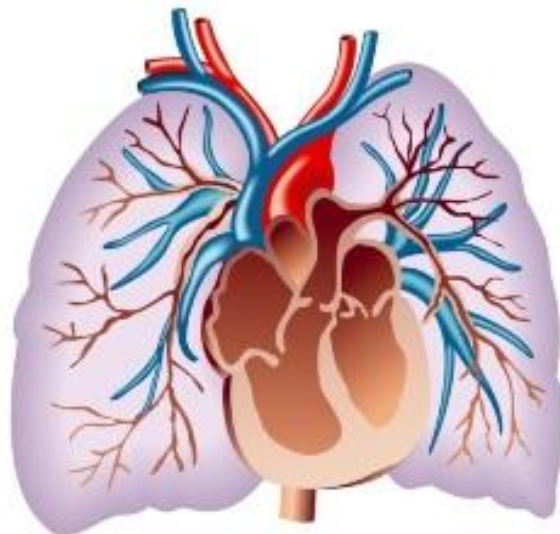
Клиникалық көрінісі



Науқастың тынысы тарылып, еңтігеді. Жалпы диффузды цианоз білінеді. Мойын көк тамырлары қанға толып, айқын білінеді. Жүрек жиі қағады, аяқтары ісінеді. Бауыр ұлғайып ауырсынады. Қозғалыс қабілеті төмендейді. Жүрек жұмысының жеткіліксіздігінің соңында ағзаның бүкіл мүшелері зақымданады, гипоксия өршіп ацидоз дамиды. Қан анализінде эритроциттер мен гемоглобин мөлшері көбейеді, ЭТЖ 2-4 мм/сағ дейін бәсендейді.

Диагностикалық критерийлері:

- Экспираторлы сипаттағы ендікпе, әлсіздік, тершендік, жүрек аймағындағы ауру, диффузды «жылы» цианоз, мойын веналарының ісінуі, әсіресе дем шығарғанда, саусақтарының барабан таяқша тәрізді, тырнақтарының сағат эйнектері сияқты өзгерісі.
- Наукастарда ісіну, ортопноэ, теріастылық веналарының кеңеюі, тыныс алғанда жоғалмайтын эпигастральді пульсация, гепатомегалия.
- Объективті оң қарыншаның гипертрофиясы, жүректің шекарасының оңға ығысуы, жүрек тондарының әлсіздігі, II-III акцент, оң қарыншаға күш түсуі (R тісшесінің U1-2дегі ұзын болуы) және S тісшесінің V5-6 -дағы ұзын болуы. T тісшесінің инверсиясы бол



Pulmonary Hypertension

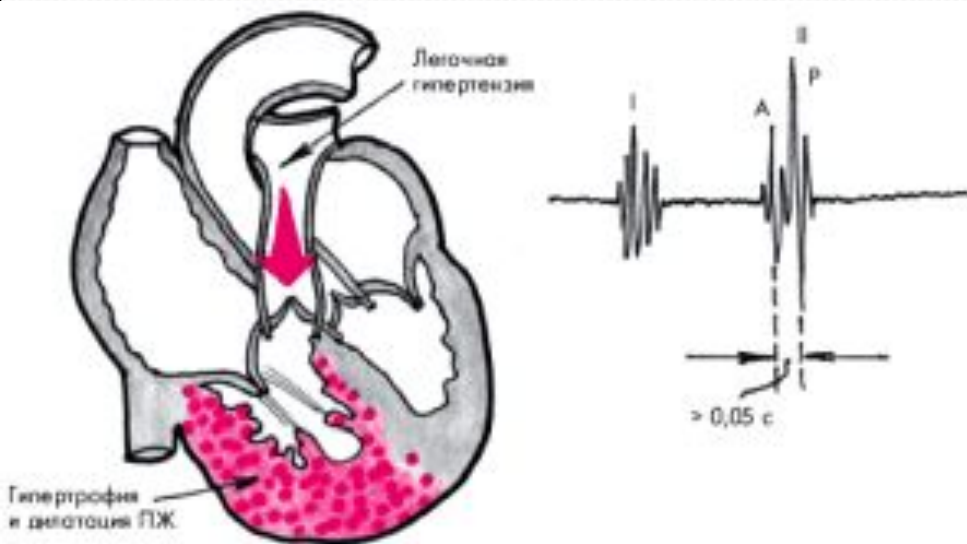


Normal Heart

- ЭхоКГ кезінде жүректің оң жақ бөлігінің гипертрофиясы мен дилатациясы, өкпе артериясының қысымының жоғары болуы.

- Қан анализінде эритроцитоз, гематокрит жоғары, қанның қоюлануының жоғарылауы.

- Жүрек жеткіліксіздігі дамуында зәр анализінде протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия анықталады.



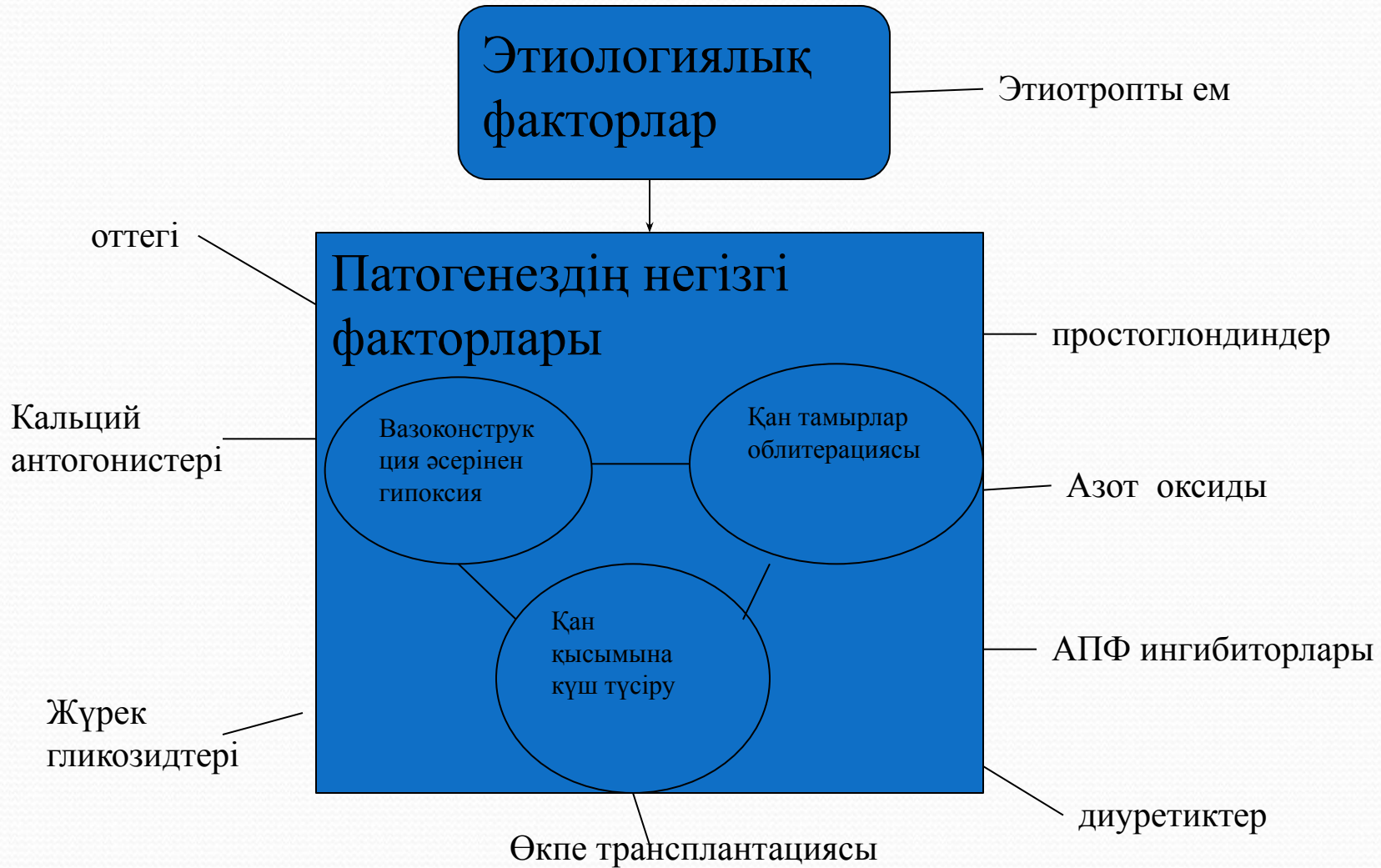
Хроническое легочное сердце



Emi

Негізгі ем қағидалары кіші қан айналым шеңберінде қысымды төмендетіп жүрек жұмысын жақсарту болып табылады. Осы мақсатпен көк тамырға 2,4% –10 мл эуфиллин ерітіндісін жібереді. Жүрек жұмысын жақсарту мақсатымен жүрек гликозидтерін (строфантин, коргликон ерітінділерін) тағайындайды. Сонымен қатар зәр айдайтын дәрі-дәрмектерді (гипотиазид, верошпирон) қолданған жөн. Гипоксияда оттегі берген тиіс. Оттегі тапшылығында қанда көмір қышқылының мөлшері көбейіп ол тыныс орталығын қоздырады. Сондықтан оттегімен емдегенде фосфор қышқылы және сілтілердің ара қатысын мұқият қадағалап отыру қажет: газ қоспасындағы ылғалды оттегінің мөлшері 40-60% болуға тиісті. Бұл қоспа катетермен мұрын арқылы 6-9 л-мин көлемінде 15-20 минут жіберіледі. Тыныс орталығын тітіркендіру үшін әр 2-3 сағат сайын 2 мл кордиамин немесе камфора ерітінділері тері астына жіберіледі.

Өкпелік жүректі емдеу принциптері





Негізгі емдеу принциптері:



стационарлы режим

- Диета № 10 су мен тұзды шектеу
- Оксигенотерапия.
- Антибиотикотерапия:
- Бета-лактамыды антибиотиктер: цефтриаксон 1,0 3 рет күніне б.е; Амоксиклав 1,2 2 рет күніне венаға
- Макролиттер : азитромицин 0,5 көк тамырға 1 рет күніне 3 күн
- Жүрек гликозидтері: т. Дигоксин 0,00025 ½ т 1 рет күніне
- Мочегонді:
- Фуросемид 60 мг 2 рет күніне көк тамырға диурезді бақылаумен
- Т. Альдорон 50 мг 2 т 3 рет күніне
- Муколитиктер: N-ацетилцистеин 0,2 1 т 3 рет күніне 1/3 ст. сумен
- Бронходилататорлар: Беродуал 1 доза 2 рет күніне
- Антиоксиданттар: аскорбин қышқылы ерітіндісі 5 % 6 мл көк тамырға
- АПФ ингибиторы: эналаприл 5 мг 2 рет күніне
- Иммуномодуляторлар – циклоферон 125 мг/мл 2 мл б/е күн аралатып
- Антиагреганттар

Диспансерлеу

- Темекі шегуден бас тарту
- Еңбек және демалыс режимін сақтау
- Диета су мен тұзды шектеу
- Жанұялық дәрігер бақылауында
- Пульмонолог қарауы 1-2 рет жылына.

R- грамма, қанның жалпы анализі және биохимиялық анализ стационардан шыққан соң 3 айдан кейін

- Үнемі бронходилататор қабылдау (беродуал)
- Суықтан сақтану
- Іріңді қақырық бөлінген кезде антибиотикотерапия қолдану
- Созылмалы өкпе текті жүректі емдеу (перифериялық вазодилататорлар, силденафил, диуретиктер тиазидтік қатар + калий-сақтаушы диуретиктер)

Диспансеризация

- Еңбек және демалыс режимін сақтау, аллергиямен қатынастан аулақ болу
- Отбасы дәрігерінің бақылауы
- Пульмонолог қарауы 1-2 рет жылына.
- Жағдайын күнделікті өзіндік бақылау - пикфлоуметрия, күнделік жүргізу
 - Негіздік терапияны үнемі қолдану (ингаляциялық кортикостероидтар); бронходилататорлар (беродуал)
 - Суық тиюден сақтану

Пайдаланылған әдебиеттер

- Қалимұрзина Б.С. «Ішкі аурулар» Алматы. Асем-систем 2007;
- Айтбембет Б.М. «Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы » 2010;
- Окороков А.Н. «Диагностика болезней » VII том. 2003;
- Белоконь Н.А. «Болезни сердца и сосудов» I том. 1990;
- Минкин Р.Б. «Болезни сердечно сосудистой системы» 1994;
- KazMedic.kz – қазақ тіліндегі медициналық портал.



**НАЗАР САЛЫШ
ТЫҢДАҒАНДАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ!**