

Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Фармацевтика Академиясы

Тақырыбы: Амбулатория жағдайында созылмалы жүрек жетіспеушілігі кезіндегі рационалды дифференциалды диагностика алгоритмі, науқастарды жүргізу және динамикалық бақылау (өкпе артериясы қақпақшасының жетіспеушілігі, митралді жетіспеушілік, митралді стеноз, қолқа стенозы, өкпе артериясы саңылауының стенозы, үшжармақты қақпақша жетіспеушілігі, үшжармақты саңылау стенозы, қолқа қақпақшасының жетіспеушілігі, миокардит инфарктан кейінгі крдиосклероз, созылмалы өкпелі жүрек)

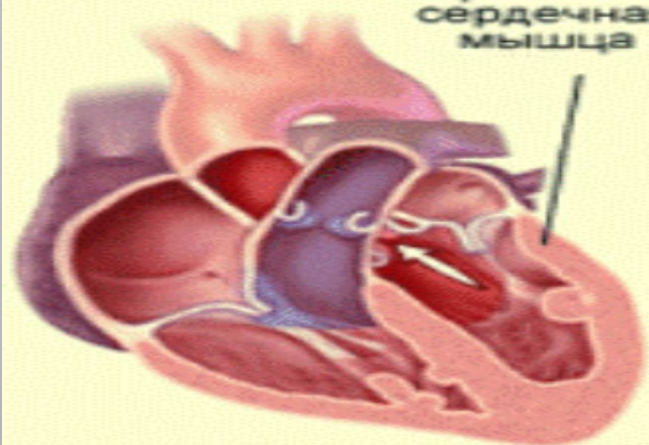
Орындаған: Айдаров М. Н
Топ: 609 ЖТД

Қабылдаған: доцент Бектибаева Н. Ш

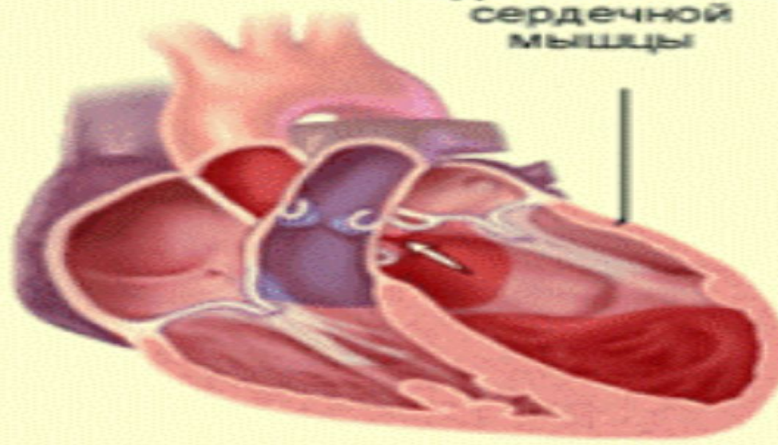
Шымкент 2016

Сердечная недостаточность

Нормальная
сердечная
мышца



Недостаточность
сердечной
мышцы



Жоспары

I. Кіріспе

II. Созылмалы жүрек жетіспеушілігі дегеніміз не?

II. Негізгі бөлім

✓ Себептері

✓ Жіктелуі

✓ Диагностикалық алгоритм схемасы

✓ Ажырату диагностикасы

✓ Емі

✓ Диспансерлік бақылау

✓ Профилактикалық шаралар

III. Қорытынды

IV. Қолданылған әдебиеттер

- **Созылмалы жүрек жетіспеушілігі**
- **Жүрек жетіспеушілігі** деп ағзалар мен тіндердің дұрыс жұмыс атқаруына қажет заттармен қамтамасыз ету және метоболизм өнімдерін шығаруға негізделген қанайналым аппаратының (соның ішінде жүрек) өзінің жұмысын атқара алмауын айтады.
- ***Жүрек жетіспеушілігі дегеніміз не?***
- **Жүрек жетіспеушілігі** — бұл жүрек өзінің «насосы» функциясын игере алмауынан туындайтын ауру. Бұл кезде дене мүшелері мен тіндерінің қалыпты жұмыс атқаруы үшін қажетті оттегі мен қоректі заттар қан арқылы толық жеткізілмейді. Осыдан науқастар бұлшық еттерінде әлсіздікті сезінеді. Сонымен қатар, зат алмасу заттарының толық «утилизациялану» мүмкіндігі жойылып, өкпеде, іште және аяқтарда сұйықтықтар жиналады.

- Жүрек жетіспеушілігі көбіне жүрек бұлшық етін зақымдайтын немесе оған қосымша күш түсіретін аурулардың асқынуы ретінде дамиды. Әңгіме, жүректің ишемиялық аурулары, артериалды гипертензия, жүректің қабыну аурулары (миокардиттер) жайлы болып тұр. Жүрек жетіспеушілігінің бастапқы кезеңдерінде ешқандай белгілері болмауы мүмкін, бірақ дұрыс ем қабылдамаған науқастарда, жүректің қай ауруы болмасын өршу белгілері пайда болады.
- Жүрек жетіспеушілігі барлық жаста дамуы мүмкін, әсіресе қарт адамдарда көбірек кездеседі. 65 жасқа дейін адамдардың шамамен 1% жүрек жетіспеушілігімен сырқаттанады, әрі қарай оның таралуы ұлғая түседі. Жүрек жетіспеушілігі — 65 жастан асқан науқастарды ауруханаға жатқызудың ең жиі себебі болып табылады.
- Жетіспеушілік» деген атау, жуырда жүрек жұмысын тоқтатады деген мағынаны білдірмейді, ол тек ағзаның қажеттілігін толық қамтамасыз ете алмайды деген сөз (әсіресе күш түскен кезде).

- *Жүрек жетіспеушілігі кезінде не болады?*
- Жүрек жетіспеушілігі кезінде жүректің ағзаға қан айдауында қиындықтар туады. Бұл көптеген себептерден болуы мүмкін. Көбінесе жетіспеушілікке жүрек бұлшық еттерінің зақымдануы алып келеді (мысалы, ишемиялық аурулар немесе миокард инфарктінен) кейде артериялық қысымның жоғарылауынан жүрекке шектен тыс күш түскен кезде де дамиды. Зақымдану мен шектен тыс күштің түсуі жүректің жиырылуына, қанға толуына (босаңсуына) немесе осы екеуіне бірдей кері әсерін тигізеді.
- Егер жүрек дұрыс жиырылмаса, ол қанды қажетті көлемінде айдап шығара алмайды. Егер жүрек қан көлемінен толық босай алмай, босаңсыса, келесі жолы оған аз мөлшерде ғана қан құйылады. Осыған сәйкес, әрине қан жеткіліксіз көлемде айдалып шығарылады.

- Жүрек жетіспеушілігінің негізгі екі салдарына келетін болсақ: біріншіден, ағза қажетті көлемде қанмен қамтамасыз етілмейді де, жалпы әлсіздік пайда болады; екіншіден, қан жүрекке кіре берісінде жиналып қалады да, қантамырларындағы сұйықтық айналадағы тіндерге «аға» ба- стайды. Ал сұйықтық көбіне аяқтарда және құрсақ қуысында жиналады, сонымен қатар өкпеде іркіліп қалады.
- Бастапқыда ағза бейімделеді және мүшелер мен тіндерге қажет қан көлемін ұстап тұру үшін, жүректің әлсіз қызметін компенсациялауға тырысады. Бірақ компенсаторлы меха- низмдер шектеулі уақыт аралығында ғана әсер ете алады. Шындығында, бұл бейімделудің (адаптацияның) өзі, алысқа көз жүгіртсек, жүректі қосымша әлсірете түсу
- Созылмалы жүрек жетіспеушілігі бұл өзіндік бөлек нозология емес, ол көбінесе әртүрлі ауруларға екіншілік синдром ретінде дамиды. Көбінесе Созылмалы жүрек жетіспеушілігі жүрек қантамырауруларында, өкпе, бауыр, бүйрек, эндокринді ауруларда (қан диабеті, тиреотоксикоз, миксидема, семіру) кездерінде дамиды.



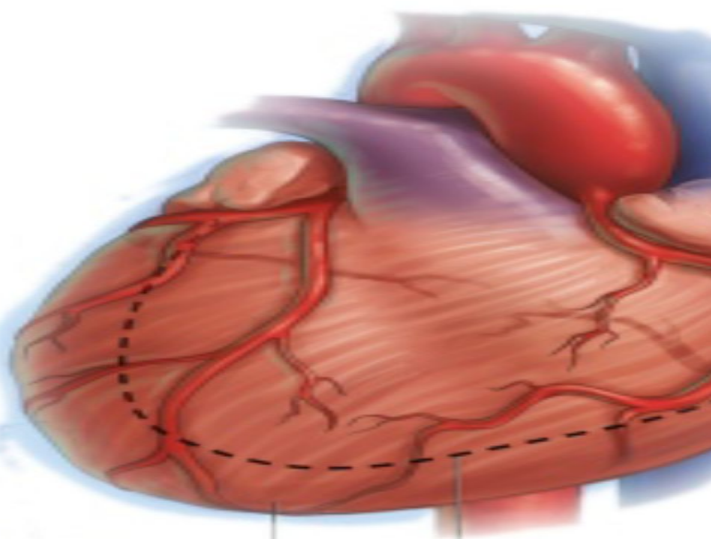
- *Созылмалы жүрек жетіспеушілігінің себептері (этиологиясы):*
- **1. МИОКАРДТЫҚ** (миокардтық жетіспеушілік, жүрек бұлшықеті зақымдалуы)
- Біріншілік миокардтық жетіспеушілік (миокардит, дилатациялық кардиомиопатия)
- Екіншілік миокардтық жетіспеушілік (инфарктан кейінгі және диффузды кардиосклероз, гипотиреоз, жүректің алкогольдік зақымдалуы, ДТЖА-да жүрек зақымдалуы)
- **2. ЦИРКУЛЯТОРЛЫҚ** (жүрек бұлшықетіне артық күш түсу)
- Қысыммен күш түсу (қарыншаларға систолалық күш түсу) – оң жақ және сол жақ АВ қақпақшалардың, аортаның, өкпе артериясының стенозы, артериялық гипертензия (жүйелік, өкпелік)
- Көлемдік күш түсу (қарыншаларға диастолалық күш түсу) – жүрек қақпақшалары жетіспеушілігі, жүрекішілік шунттар
- Аралас күш түсу (жүрек күрделі ақаулары, жүрекке қысым мен көлемдік күш түсуі)

- **3. ҚАРЫНШАЛАРДЫҢ ДИАСТОЛАЛЫҚ ТОЛУЫ БҰЗЫЛУЫ**

- Артериялық гипертония, «гипертониялық жүрек»
- Гипертрофиялық және рестрикциялық кардиомиопатия
- Жабысқақ перикардит
- Гидроперикард

- **4. ЖОҒАРЫ ЖҮРЕК ЛАҚТЫРЫСЫМЕН ЖҮРЕТІН АУРУЛАР**

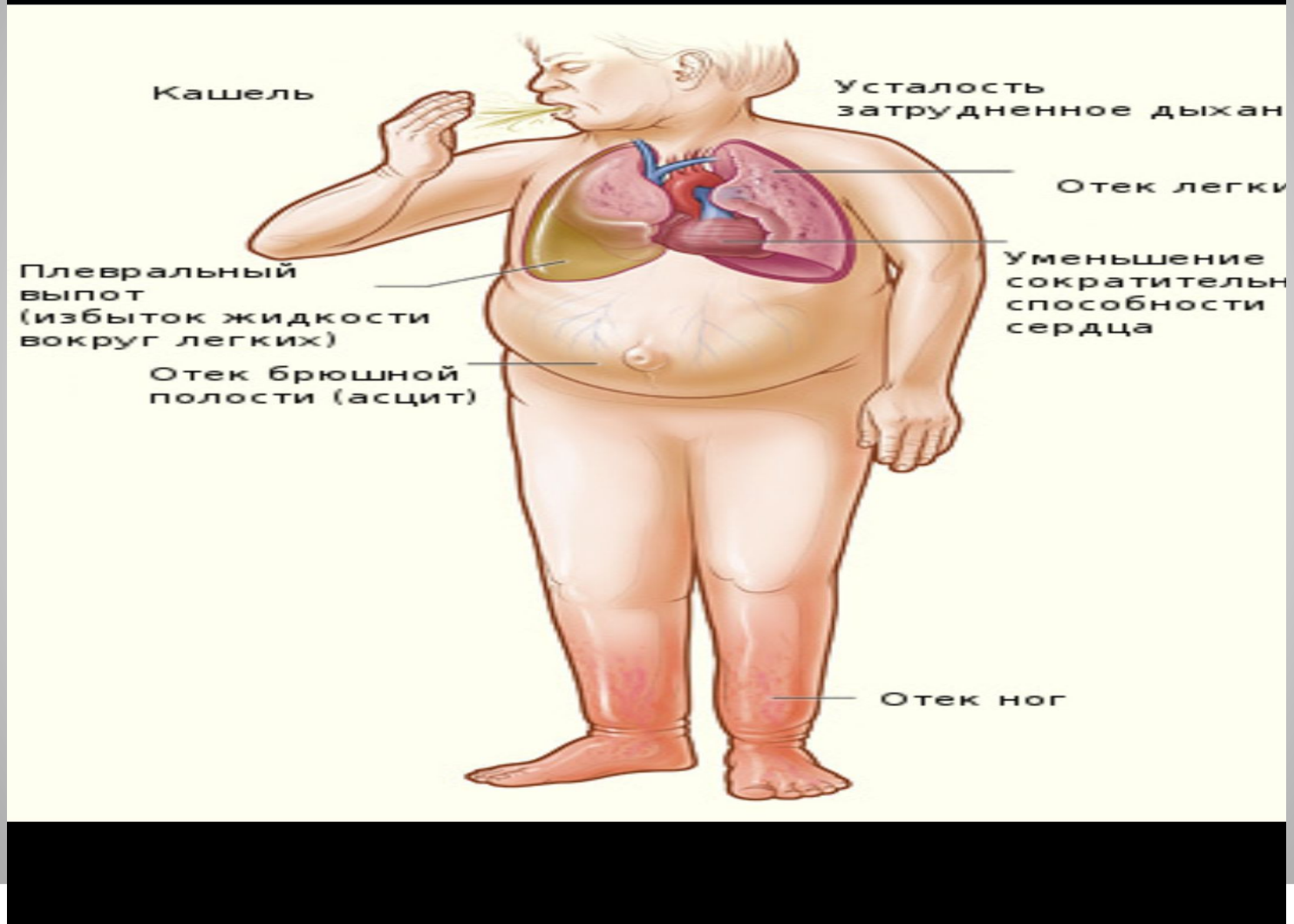
- Тиреотоксикоз
- Айқын семіздік
- Анық анемия
- Аритмиялық кардиомиопатия (тахисистолиялық аритмиялар)



- **Созылмалы ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ ЭТИОЛОГИЯСЫ**
- пайыздық көрсеткіш бойынша (Euro Heart Survey Study, 2001)
- ЖИА (миокард инфарктын басынан өткізу) — 60%
- Жүрек ақаулары — 15 %
- Дилатациялық кардиомиопатия — 11 %
- Артериялық гипертензия — 4 %
- Басқа себептер — 10 %
-
- **Созылмалы жүрек жетіспеушілігінің жіктелуі («НҮНА» Нью-Йорк кардиологиялық ассоциация бойынша 1969):**
- I ФУНКЦИОНАЛДЫҚ КЛАСС – күнделікті күштемеде жүрек жетіспеушілігі белгілері (ентігу, жүрек қағуы, әлсіздік) көрінбейді
- II ФУНКЦИОНАЛДЫҚ КЛАСС — күштеме аздап шектелуі, жүрек жетіспеушілігі белгілері (ентігу, жүрек қағуы, әлсіздік, кардиалгия) тыныштықта көрінбейді, ал күнделікті күштемеде көрінеді
- III ФУНКЦИОНАЛДЫҚ КЛАСС — күштеме айқын шектелуі, жүрек жетіспеушілігі белгілері (ентігу, жүрек қағуы, әлсіздік, кардиалгия) тыныштықта көрінбейді, ал күнделікті күштемеден аз күштемеде көрінеді
- IV ФУНКЦИОНАЛДЫҚ КЛАСС – ешбір күштемені атқара алмау, жүрек жетіспеушілігі белгілері (ентігу, жүрек қағуы, әлсіздік, кардиалгия) тыныштықта көрінеді, әр күштемеде арта түсед

- **В.Х.Василенко – Н.Д.Стражеско бойынша 1935 бойынша созылмалы жүрек жетіспеушілігінің жіктелуі:**
- I кезең – бастапқы, жасырын жүрек жетіспеушілігі. Гемодинамика бұзылысы жоқ тыныштықта ЖЖ белгілері жоқ, тек физикалық жүктемеде пайда болады
- II кезең — ЖЖ айқын көрінеді, гемодинамика бұзылысы көрінеді, кіші не үлкен қанайналым шеңберінде тоқырау, ішкі ағзалардың жұмысы, заталмасу бұзылуы, жұмысқа қаблеттілік бұзылуы
- ПА – екі шеңбердің біреуінде гемодинамика бұзылысы (көбінесе кіші шеңберде)
- ПБ – екі шеңберде де гемодинамика бұзылысы
- III кезең – соңғы, дистрофиялық ЖЖ, қайтымсыз қанайналым бұзылысы, заталмасудың және ағзалардың жұмысының тұрақты бұзылысы, жұмысқа қаблеттіліктің толық жоғалуы

- **Созылмалы (сүлелі) жүрек жетіспеушілігінің клиникалық көрінісі:**
- Науқаста келесідей шағымдар пайда болады:
- Жүрек жетіспеушілігінің бастапқы сатысында *ентігу* физикалық жүктемеден кейін пайда болады. Ал айқын жүрек жетіспеушілігінде тыныштық уақытында да байқалады. Ентігу себебі өкпе капиллярларыда және веналарында қысым жоғарылауы жүреді. Бұл өкпенің созылғыштығын төмендетіп, дем алуға қосымша бұлшықеттердің қатысуына мәжбүр етеді.
- Созымалы жүрек жетіспеушілігіне тән бір көрінісі ол *ортопноэ* –айқын ентігу кезіндегі тыныс алуды жеңілдету үшін науқастың *мәжбүрлі жағдайда* отыруы. Жатқан кезде тыныс алудың қиындауы өкпедегі капиллярларда сұйықтықтың жиналуына байланысты онда гидростатикалық қысым жоғарылауына байланысты. Сонымен қатар жатқан кезде көкет (диафрагма) біраз жоғары көтеріліп, дем алуды қиындатады.
- Түнгі уақыттағы *пароксизмальді ентігу (жүрек астмасы)*. Мұның себебі өкпенің интерстициальді ісінуі. Түнде ұйқы кездінде айқын ентігу ұстамалары жөтелмен, өкпеде сырылдың пайда болуымен жүреді. Жүрек жетіспеушілігі ары қарай дами берсе, альвеолярлы өкпе ісінуі дамиды.



- Науқастардың *тез шаршағыш болуы* —жүрек жетіспеушілігі себебінен қан арқылы оттегі қаңқа бұлшықеттеріне жеткілікті түрде жеткізілмейді.
- Жүрек жетіспеушілігі бар науқастарды тағы келесі шағымдар мазалайды: жүрек айнуы, тәбеттің төмендеуі, іштің ауруы, іш үлкеюі (асцит) бауырдағы қақпа венасында қан іркілу салдарынан пайда болады.
- **Созылмалы жүрек жетіспеушілігінің диагностикасы.**
- **ЭКГ:** Гис шоғырының сол немесе оң аяғының болокадасын, қарынша немесе жүрекше гипертрофиясын, патологиялық Q тішесін, аритмияларды анықтауға болады. Қалыпты ЭКГ созылмалы жүрек жетіспеушілігіне күмән тудырады.
- **ЭхоКГ:** жүрек функциясын зерттеп, жүрек жетіспеушілігінің этиологиясын нақтылауға мүмкіндік береді. Негізгі көрініс сол жақ қарынша кеңеюі, жүрек соққысының фракциясын төмендеуі.
- **Рентген түсірілімі:** Өкпеде сұйықтық толып, интерстициальді ісіну немесе өкпе ісіну белгілері пайда болады. Гидроторакс (көп жағдайда оң жақтық) анықталады. Ер адамдарда жүрек көлденең өлшемі 15,5 см, әйелдерде 14,5 см асқанда кардиомегалия диагностикаланады.

- **Созылмалы жүрек жетіспеушілігінің емі**
- **Медикаментозды емес ем.** Тәулігіне 5-6 г кем ас тұзын пайдалану. Сұйықтықты тәулігіне 1-1,5 л/тәул. Физикалық жүктемені шектеу, 20-30 мин, аптасына 3-5 рет жүру. Эмоциональді тыныштық жағдайын қалыптастыру керек.
- **Медикаментозды ем.** Созылмалы жүрек жетіспеушілігін медикаментозды емдеуге келесідей талаптар қойылады:
 - Дәлелді медицина негіздеріне кіру керек;
 - Ұзақ уақыттық және комбинирленген болу керек;
 - Емдік дәрілердің құрамына кіретін комбинирленген терапияда аз мөлшердегі жеке дәрілерді қолдану.
- Науқас өмір сапасы жоғарылауына алып келу керек.

- **Созылмалы жүрек жетіспеушілігінде келесі топ дәрілер ұсынылады:**
- АПФ ингибиторлары; (беназеприл, эналаприл, хинаприл және т.б)
- Диуретиктер; (спиронолактон, фуросемид, гидрохлортиазид, буметанид және т.б)
- В- адреноблокаторлар; (метопролол, бисопролол, карведилол және т.б)
- Альдестерон антогонистері,
- Жүрек гликозидтері;
- Ангиотензин II рецепторларының антогонистері; (лозартан, валсартан, кандесартан, ирбесартан)
- Перифериялық вазодилататорлар;
- Метаболитикалық әсері бар препараттар;

- 1. ↑ Вернер, Дэвид. Халыққа медициналық жәрдем көрсету жөніндегі (Анықтамалық). Қазақ тіліне аударғандар: Айымбетов М, Бермаханов А.—Алматы: "Демалыс", "Қазақстан", 1994
- 2. <http://www.gepatitunet.ru/>
- 3. <http://medpravda.com/gepatit-s-prichiny-lechenie-profilaktika/>
- 4. [www.google .kz](http://www.google.kz).

Пайдаланған әдебиеттер