

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

Факультет: Медицина

СӨЖ

**Тақырыбы: Жүректің жүре пайда болған
ақаулары**

Орындаған: Султанова Г

ЖМ-307

Қабылдаған: Кулахметова Ш

Жоспар:

Кіріспе

Негізгі бөлім

**Жедел сол қарыншалық
жетіспеушіліктің клиникалық
көріністері.**

**Сол қарынша қызметін нашарлататын
дерттер**

А. Артериялық гипертония

Б. Аорта ақаулары

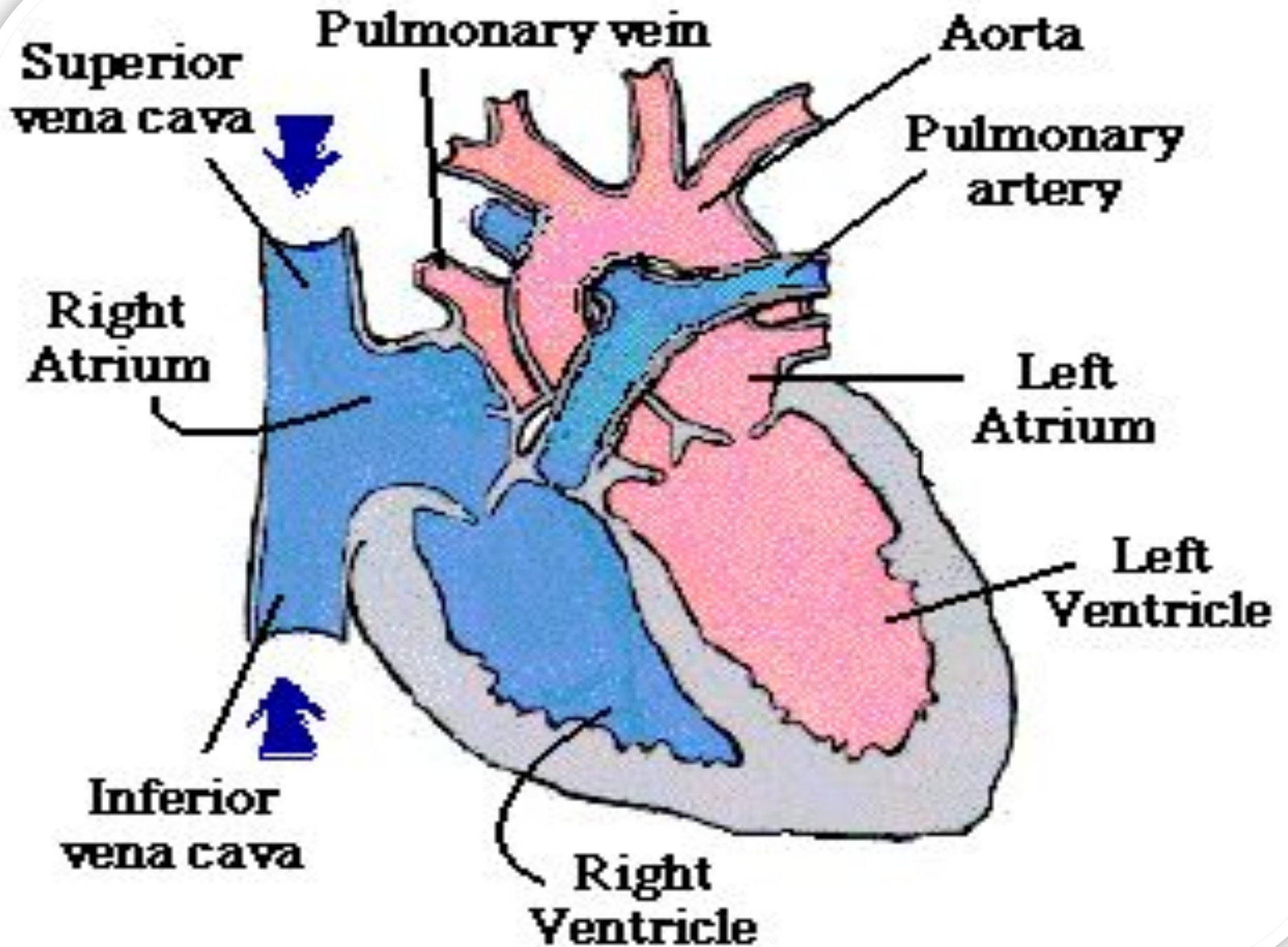
С. Миокард инфарктісі

Қорытынды

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

Жіті сол қарыншалық жетіспеушілігі

***қажетті қан
айналымының күрт
нашарлауына алып
келетін кенеттен
дамыған сол жүректің
жиырылу қызметінің
бұзылысы.***



Жедел сол қарыншалық жетіспеушілігінің клиникалық көріністері

*I класс – Жүрек жеткіліксіздігінің клиникалық көріністері
жоқ.*

*II класс- шамалы ентігу, бөдене ырғағы, өкпе аймағының 50%
аз аймағында іркілулік сырылдар естіледі*

*III класс- іркілулік сырылдар 50% дан көп аймақта
естіледі немесе өкпе ісігі дамиды*

IV класс- кардиогенді шок

Диагностикалық критерилер.

Жіті сол қарыншалық жүрек жетіспеушілігі кезінде:

- **ауа жетіспеу сезімімен кенеттен басталуы;**
- **кейде тұншығуға өтетін, әртүрлі дәрежедегі үдемелі еңтігу;**
- **кейде Чейн-Стокс тынысы (қысқа кезеңді гипервентиляцияның тыныстың тоқтауымен кезектесуі);**
- **жөтел (басында құрғақ, сонан соң қақырықпен), кейін – көпіршікті қақырық, кейде күлгін түске боялған;**
- **науқас мәжбүрлі қалыпта отырады (ортопноэ);**
- **науқас қозған, тынышсыз;**
- **тері жабындыларының боз және ылғалды болуы (суық тер), шырышты қабаттардың цианозы;**
- **тахикардия (120-150 рет минутына)**

Сипаты — минуттік қан көлемі мен артериялдық жүйенің қанға толуы кенеттен төмендейді.

Клиникалық көрінісінің негізгі белгісі — бұл жүрек демікпесі — ауыр ентігу, кенеттен дамыған өкпедегі қан іркілісі және газ алмасу бұзылысымен сипатталады.

Даму себебі — қара күш жүктемесі және жүйке тежселуі

тұншығу

*қиын бөлінетін
шірішті қақырықты
жөтел*

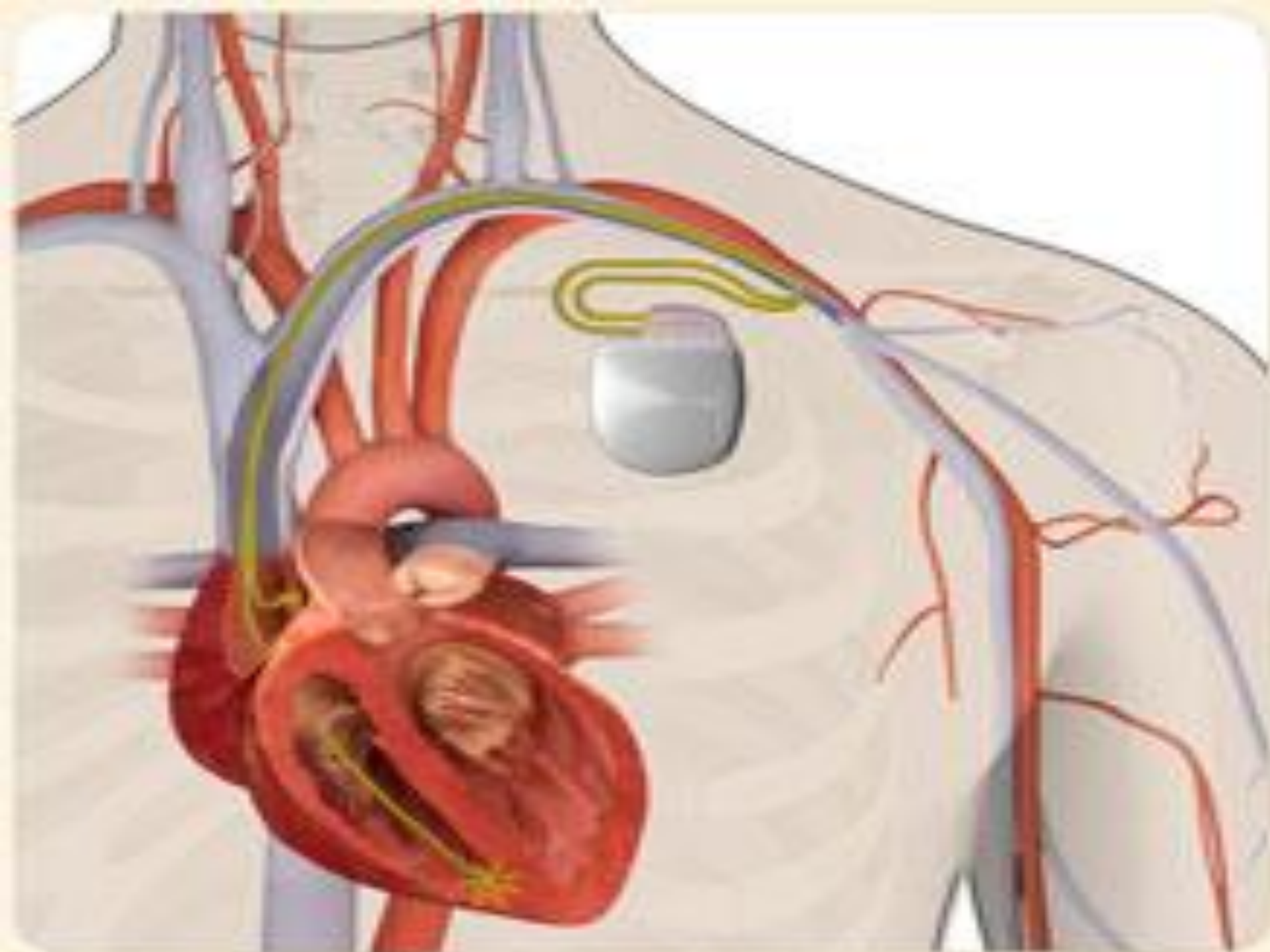
*жүрек демікпесі
ұстамасында*

суық тер

айқын әлсіздік

Жүрек демікпесі ұстамасында:

- **Төсектегі кейпі** – мәжбүрлі – түрегеліп тұрады немесе аяғын төмен қойып отырады.
- **Терісі** – боз және көгерген.
- **Өкпе үстінде** – таралған көп мөлшерде құрғақ және ылғалды сырылдар.
- **Жүрек** – тондар жүрек ұшында бәсеңдеген, өкпе бағанасында II тон күшейген, тахикардия.
- **PS** – жиі, кіші.
- **Қан іркілісі күшейген жағдайда** – **өкпе ісінуі дамиды** – қанның сұйықтығы өкпе капиллярларынан альвеолаларға, әрі қарай тыныс жолдарына өтеді – тұншығу мен жөтел күшееді, тыныс дыбысты болады, көбікті, қызғылт немес қызыл түсті қанды қақырық шығады.



**Жедел сол қарыншалық жүрек жетіспеушіліктің
ЭКГ-белгілері:**

- I, II, aVL, V5-6 әкетулерде Р тісшесінің екеуленуі және амплитудасының ұлғаюы;**
- Р тісшесі амплитудасының екінші теріс фазасы ұзақтығының ұлғаюы немесе V1 әкетулерде теріс Р тісінің пайда болуы;**
- Теріс немесе екі фазалы RIII;**
- Р тісі енінің ұлғаюы – 0.1 с жоғары.**

*Сол қарынша қызметін нашарлататын
дерттер:*

*Артериялық
гипертония*

**Аорта
ақаулары**

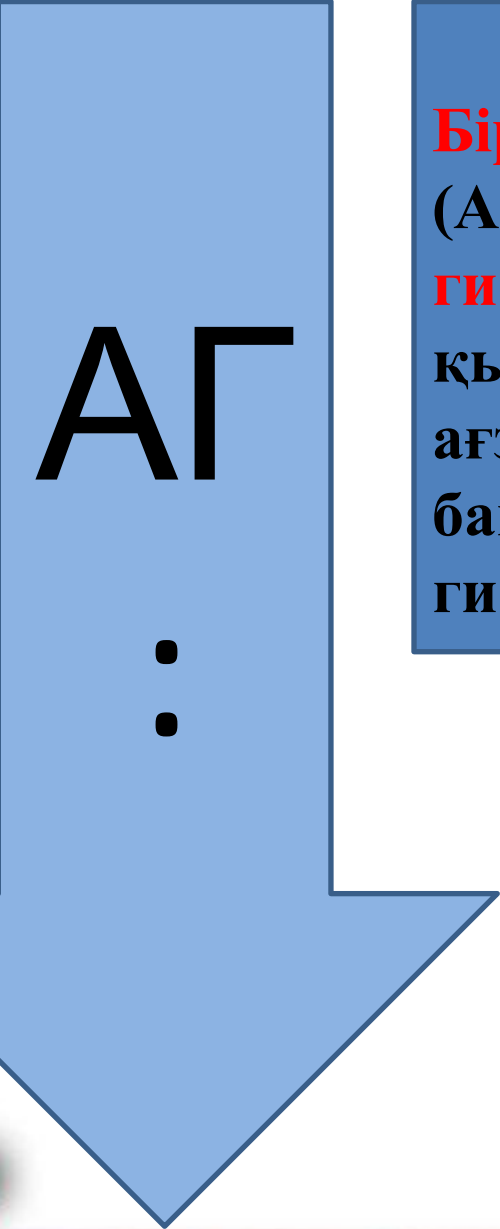
*Миокард
инфарктісі*

Артериялық гипертензия синдромы



Артериялық гипертензия - бұл артериялық қысымның тұрақты жоғарылау синдромы, бұл кезде систолиялық АҚ 140 мм. сын. бағ. Және одан жағары, ал диастолиялық АҚ 90 мм.сын. бағ. және одан жоғары болады.





АГ

•

•

Біріншілік артериялық гипертония (АГ) немесе эссенциальдік гипертония — артериялық қысымның реттеуіне қатысты ағзалардың зақымдануына байланыссыз дамидын артериялық гипертония.

Екіншілік артериялық гипертония. Симптомдық (екіншілік) артериялық гипертензиялар (САГ) — қан қысымын реттеуге қатысты ағзалардың немесе жүйелердің зақымдануынан дамидын артериялық гипертензиялар.

Себептері:

Қазіргі кезге дейін де нағыз артериялық гипертонияның (АГ) даму себептері толық анықталмаған, оның дамуына әкелетін ықпалдар ғана белгілі:

- **Тұқым қуалауға бейімділік.** Болжаулар бойынша біріншілік артериялық гипертония белгілі бір гендердің кемістіктерінен дамуы мүмкін.
- **Нервтік-психикалық жарақаттар** (эмоциялық стрестер).
- **Кәсіптік зияндылықтар** (күлаққа, көзге, зейін қоюға көп күш түсуі, мәселен диспетчерлер, шулы цехтарда жұмыс жасайтындар).
- **Тамақтанудың ерекшеліктері** (тұзды тағамға әуесқойлық, эткен шайі (тұз қосылған), кальцийдің, магнийдің жетіспеушілігі).

*Артериялық гипертензиямен
сырқаттанатын науқастардың 15-25 %
САГ анықталады.
Себептері:*

Бүйректік

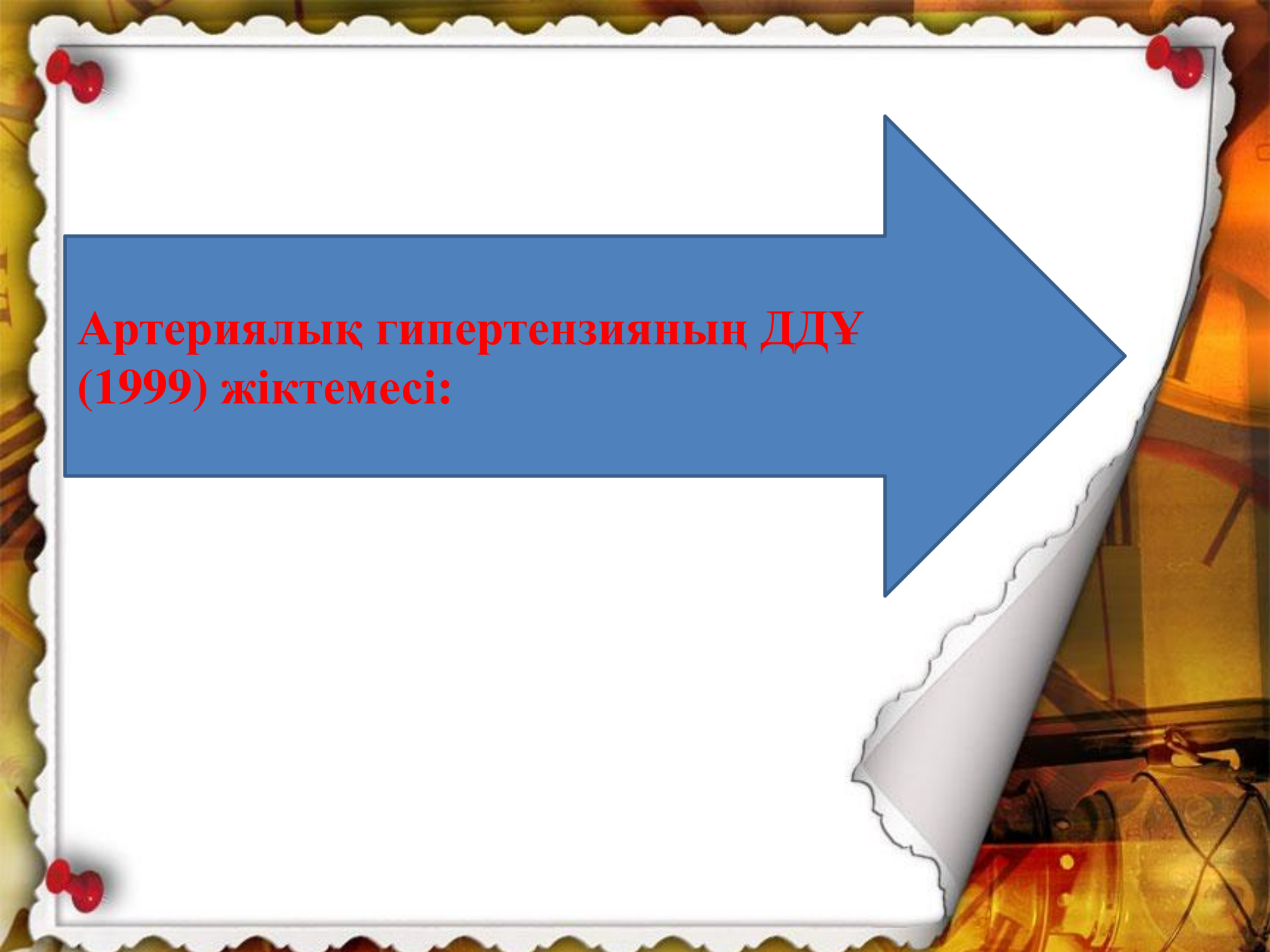
Эндокриндік

**Гемодинамикал
ық**

**ОНЖ
зақымдануы**

Гемодинамикалық гипертензияға әкелетін аурулар:

- **Қолқа атеросклерозы;**
- **Қолқа коарктациясы;**
- **Аортит;**
- **Жүрек ақаулары**
- **Қолқа гипоплазиясы;**
- **Ашық артериялық түтік;**
- **Атриовентрикулярлық блокада;**
- **Артерио-веналық фистулалар, омыртқа артерияларының стеноздаушы зақымданулары;**

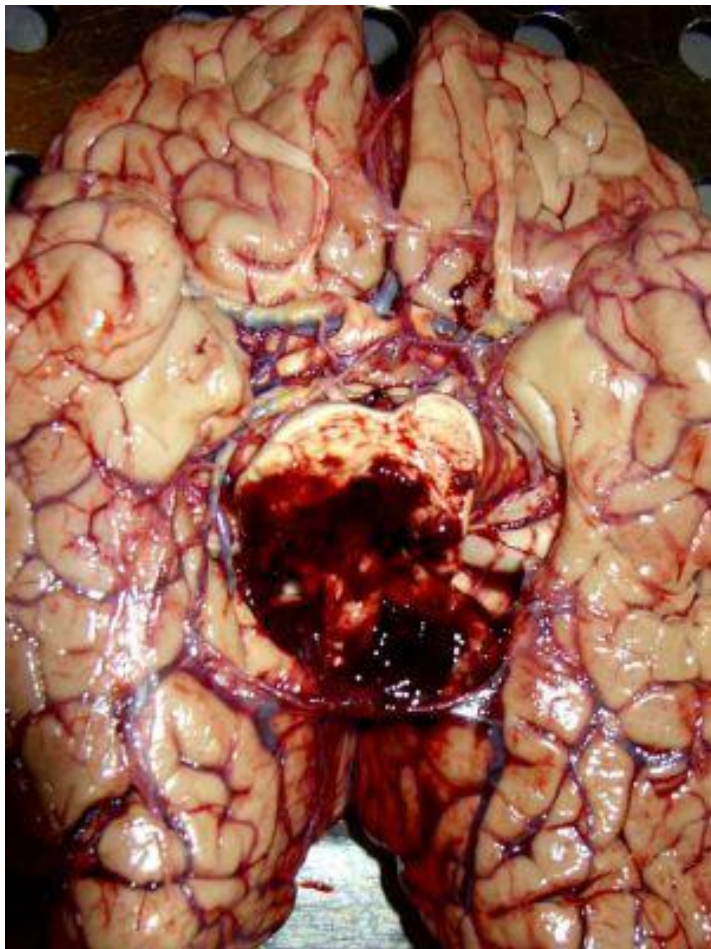


**Артериялық гипертензияның ДДҰ
(1999) жіктемесі:**

<i>АҚ деңгейлері</i>	<i>САҚ мм сын.бағ.</i>	<i>ДАҚ мм сын.бағ.</i>
Оптимальді	<120	<80
Қалыпты	<130	<85
Жоғары қалыпты	130-139	85-89
1-ші дәрежелі гипертония	140-159	90-99
2-ші дәрежелі гипертония	160-179	100-109
3-ші дәрежелі гипертония	>180	>110

Клиникалық көрінісі

- **АГ көрінісі оның барысына (кризді, қатерлі, рефрактерлі), сатысына және "нысаналық" ағзалардың зақымдану деңгейіне тәуелді.**



**Артериялық
гипертензия
барысында мидың
негізіне (көпіріне)
гематомалық түрде
қан құйылудың
көрінісі**

Белгілері:

Қан қысымының жоғарылауынан болатын шағымдар:

бас ауру, бастың айналуы, көз көруінің нашарлауы, көз алдында шіркей ұшып жүргендей болуы, құлақ шуылдауы, есте сақтау қабілеттің төмендеуі, ұйқысыздық, депрессияға бейімділік, жүрек тұсында ауырсыну сезімі (стенокардия ұстамалары) және т.б.

Қарағанда: тері түсі бозғылт немесе гиперемияланған. ЖҰТ жайлмалы, күшті, солға ығысқан.

Пальпацияда: ЖҰТ күшейген, ауданы үлкен, сол жақ бұғана ортасынан солға ығысқан. Пульс толық және кернеулігі жоғары.

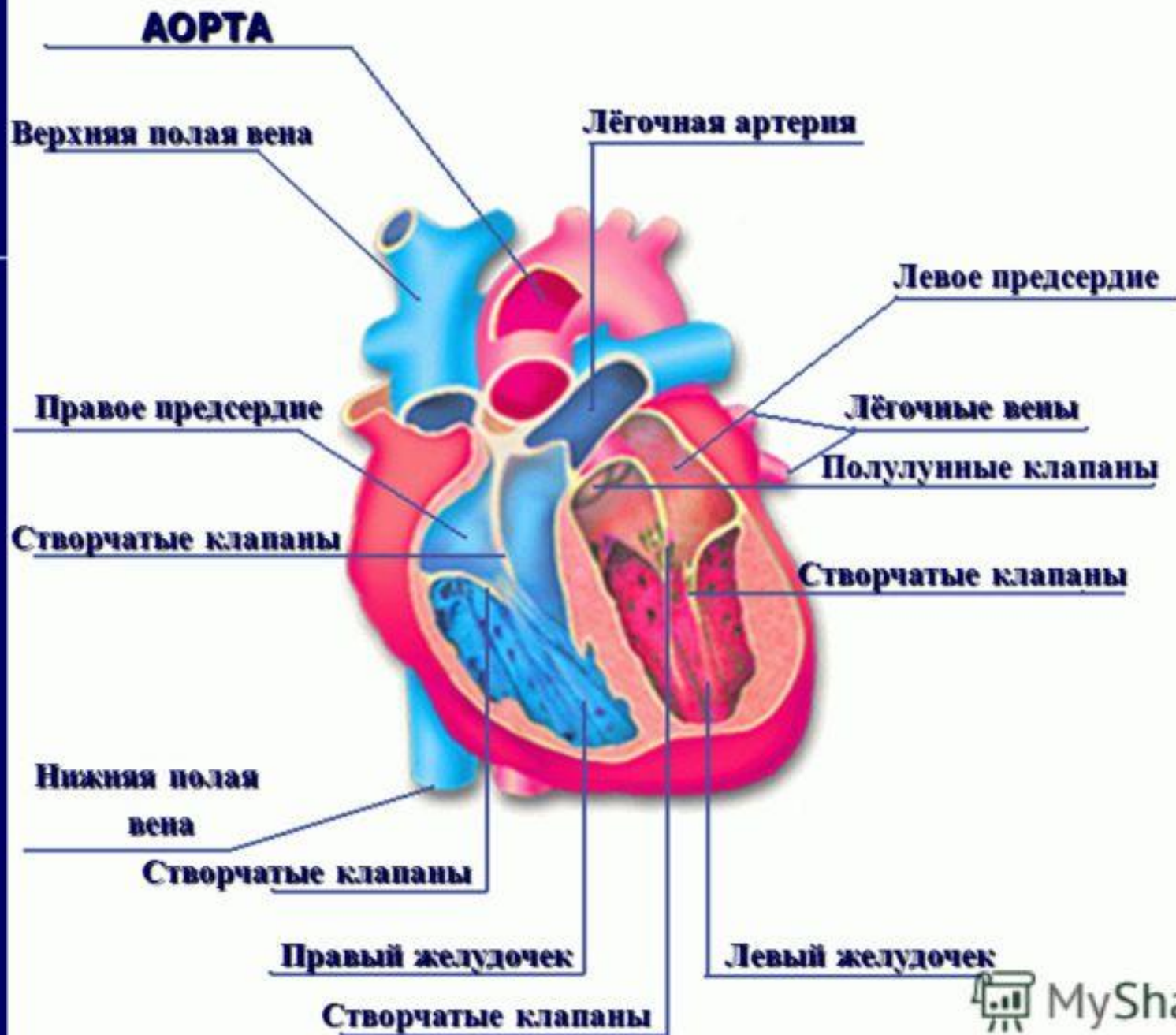
Перкуссияда: жүректің ШТШ солға ығысқан.

Аускультацияда: қолқа үстінде (2-ші тыңдау нүктесінде) II тонның акценті.

Аорта ақаулары

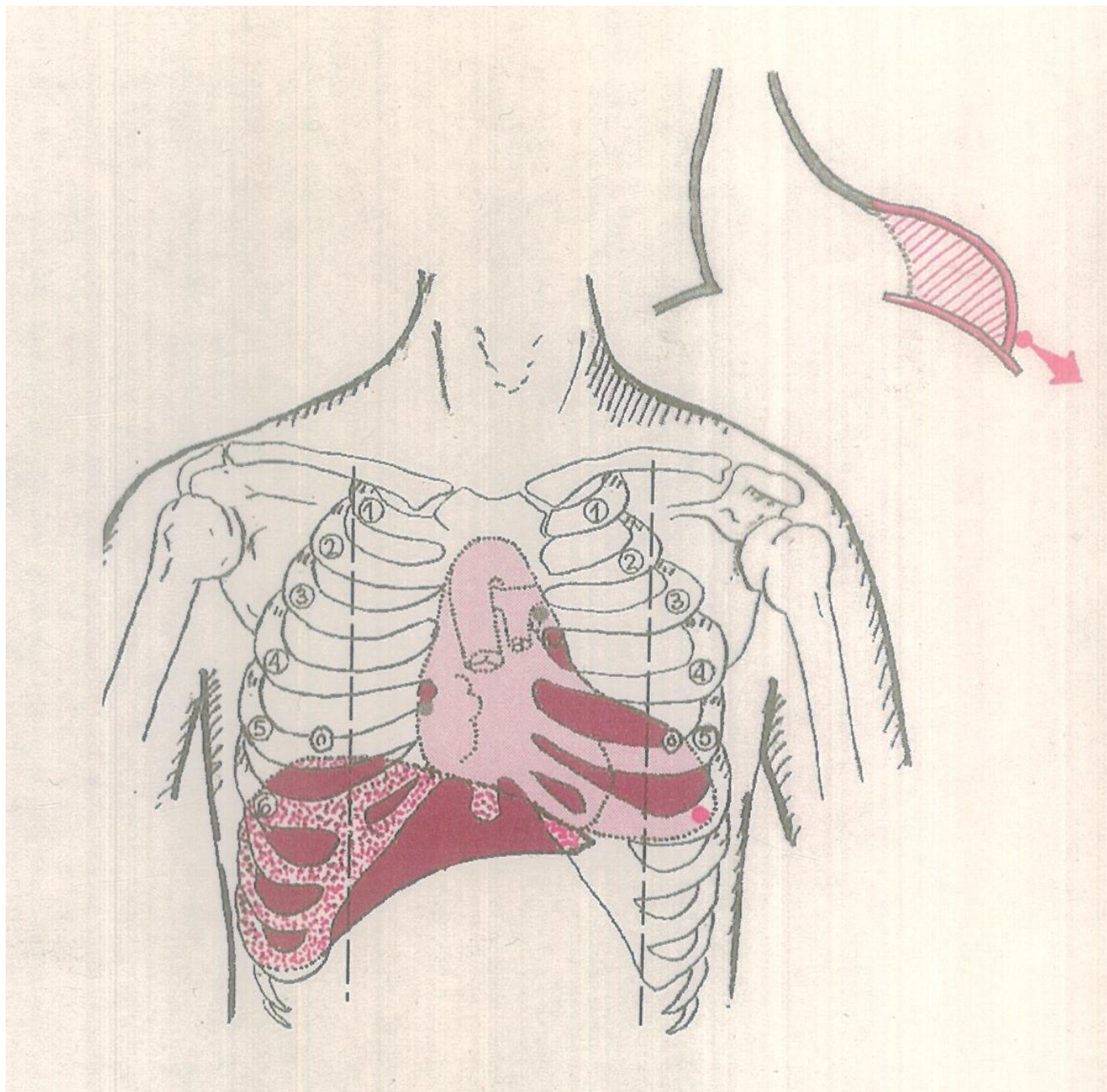
*Аорта қақпағының
шамасыздығы*

**Аорта қақпағының
стенозы**



Аорта қақпағының шамасыздығы

- **Аорта қақпағының шамасыздығы- жүре пайда болған жүрек ақауы, аорта қақпағының зақымдануы нәтижесінде диастола кезінде жармалар толық жабылмайды, осының салдарынан аортадан сол қарыншаға қанның белгілі көлемі кері оралады.**

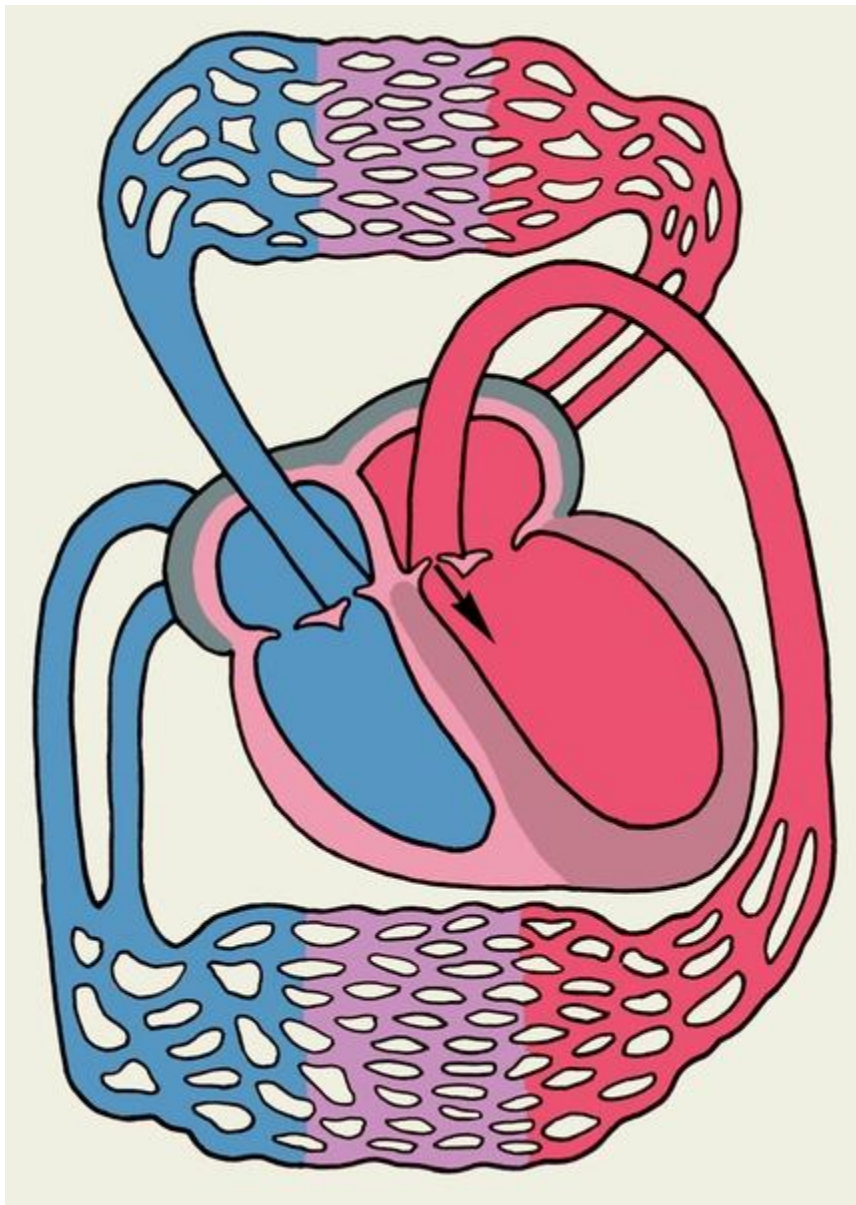


Этиологиясы.

- Ревматизм**
- Инфекциялық эндокардит,**
- Мерез**
- Ревматоидтық артрит**
- Анкилздаушы спондилоартрит**
- АГ**
- Аорта атеросклерозы,**
- Аортаның өрлеуші бөлігінің аневризмасы**
- Марфан синдромы-**

Патогенезі

- **Аорта қақпағының диастола кезінде толық жабылмауынан регургитация (қанның кері оралуы) механизмі іске қосылады. Сол қарыншаның диастолалық күштүсуіне және шеткі қан айналым аздығына алып келеді. Сондықтан систола кезінде аортаға көп мөлшерде қан түседі. Систолиялық артериялық қысым жоғарылайды. Диастола кезінде сол қарыншаға қанның бір бөлігі қайта оралады, нәтижесінде диастолалық артериялық қысым төмендейді. Жүректің сол жақ бөлімдерінің гипертрофиясы дамып, митралды қақпақ сақинасының керілуіне әкеледі, оның салдарынан салыстырмалы митралды шамасыздық дамиды. Ақау үдеген сайын алдымен сол қарыншаның кейін оң қарыншаның шамасыздығы дамиды.**



**Аорта қақпағының
шамасыздығы кезіндегі
қан айналым;**

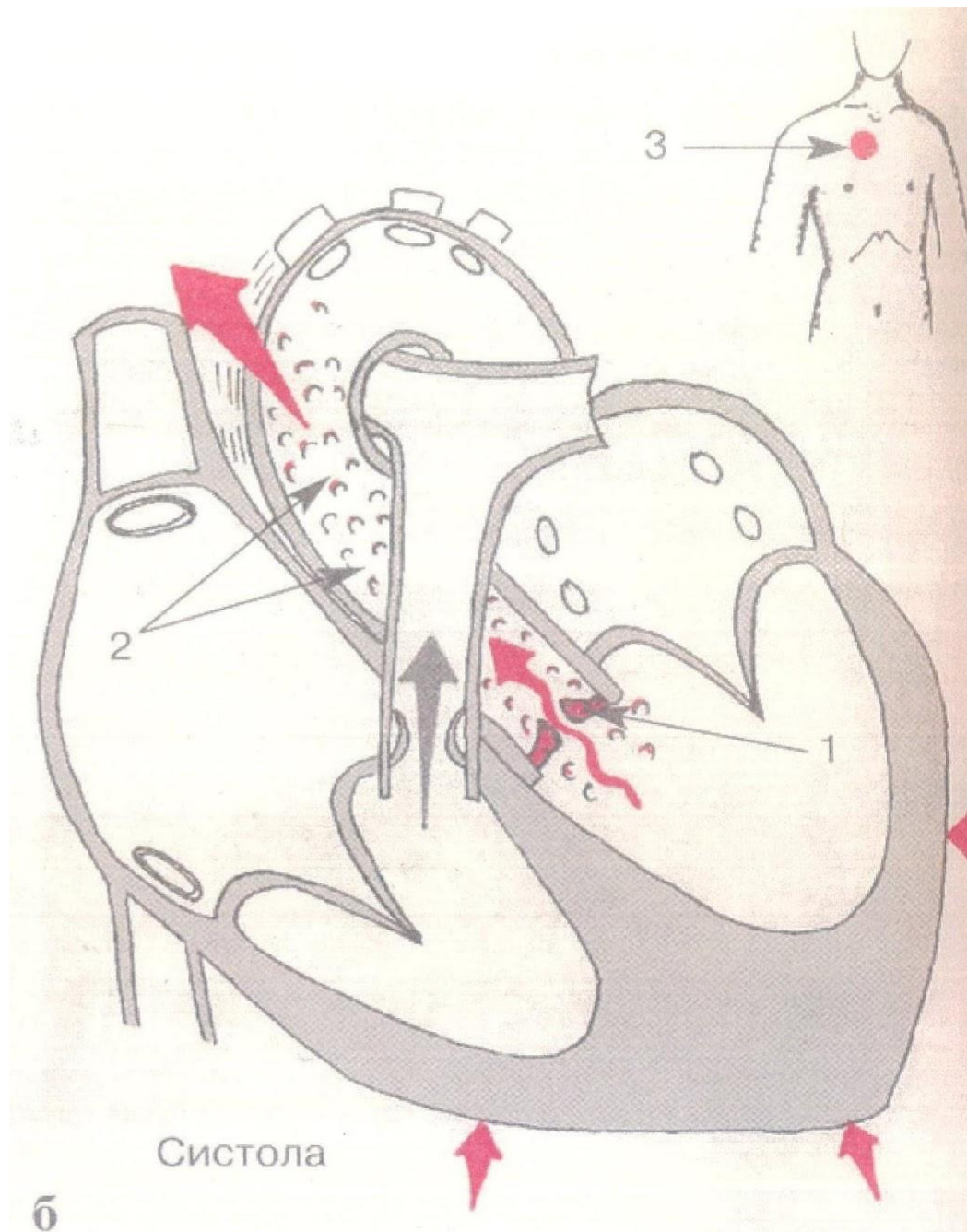
- **дилатация және гипертрофия (қоңыр түспен берілген),**
- **қан қысымының жоғарылауы (көк түспен берілген);**
- **стрелкамен қан бағыты көрсетілген**

Аорта шамасыздығының клиникасы

- ***Тікелей симптомдары:***
- **Бірінші тон әлсірейді**
- **Аортада екінші тон бәсең**
- **Диастолиялық шу естіледі, әсіресе аорта және бесінші тыңдау нүктесінде**
- **Шулар төстің сол жақ бойынмен беріледі**

Аорта шамасыздығының клиникасы

- *Қосымша симптомдары*
- Систолиялық артериялық қысымның жоғары болуы және диастолиялық артериялық қысымның төмен болуы
- Пульсі биік және жылдам
- Екеулік Дюрозье шуы және екеулік Траубе тоны ірі тамырлар бойында
- Ұйқы артерияларының пульсациясы
- Мюссе симптомы
- Аорта доғасының пульсациясы
- Көз қарашығының пульсациясы
- Капиллярлық пульс
- Флинт шуы болуы мүмкін- пресистолиялық шу жүрек ұшында
- Тері қабаттарының бозаруы
- Жүрек ұшы түрткісі күшті және жайылмалы
- Жүрек ұшы түрткісінің және шекарасының солға және төмен жылжуы
- Жүрек ұшында қабырға аралықтарының керілуі және томпаюы



Диагностикасы:

- **Рентгенография** — сол жақ қарыншаның гипертрофиясы анықталады, мықыны айқын — аорталық конфигурация. Аорта пульсациясы амплитудасының артуы.
- **Электрокардиограмма** — жүректің электрлік өсінің солға жалжуы, сол жақ қарынша гипертрофиясының белгілері анықталады.
- **Фонокардиограмма**—бәсеңдейтін протодиастолалық шу естіледі, екінші тоннан кейін. Аортаның бастапқы бөлігі үлкейгенле клапан тұсында систолиялық шу естіледі. Пресистолалық қысқа Флинт шуы естілуі мүмкін.
- **Эхокардиограмма** — диастола кезінде митралды қақпақтың алдыңғы жармасының дірілі. Аорта қақпағының деформациясының анықталуы. Сол жақ қарыншаның дилатациясы. Сол жақ қарынша қабырғасының гиперкинезі.

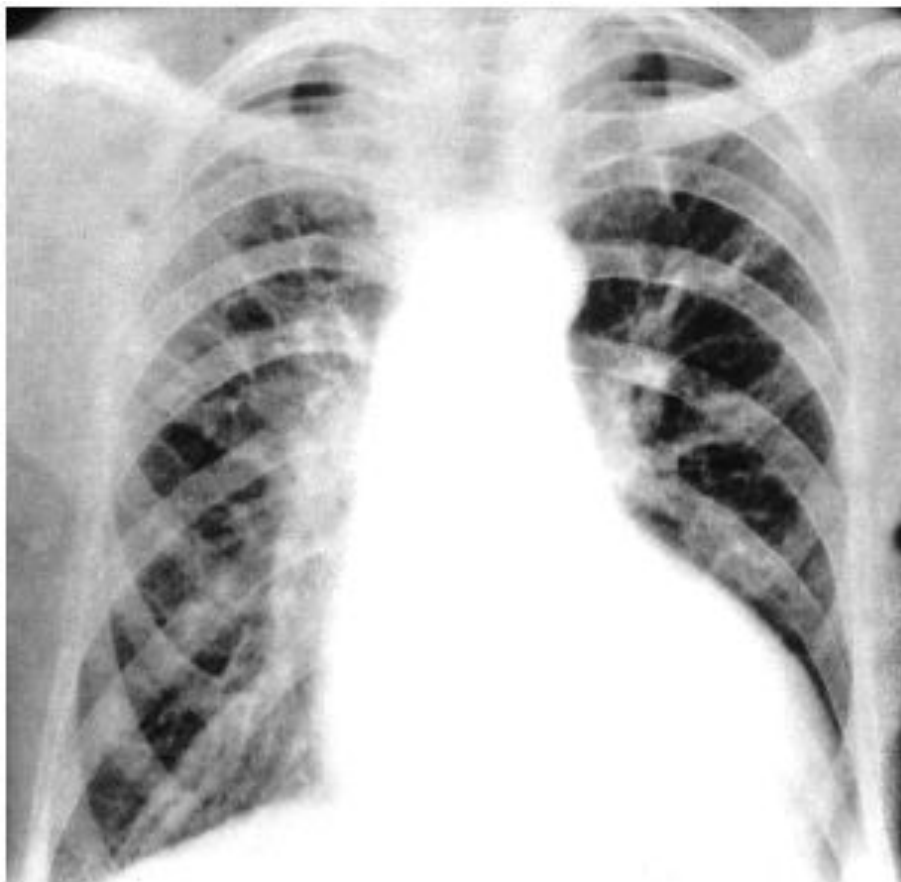
ЭКГ



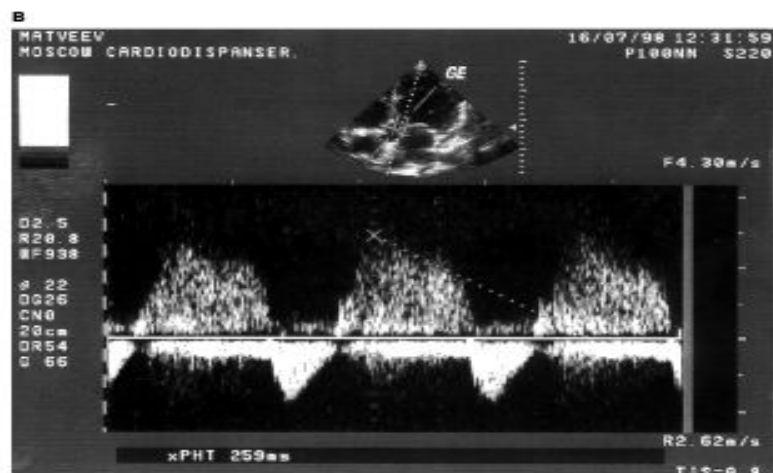
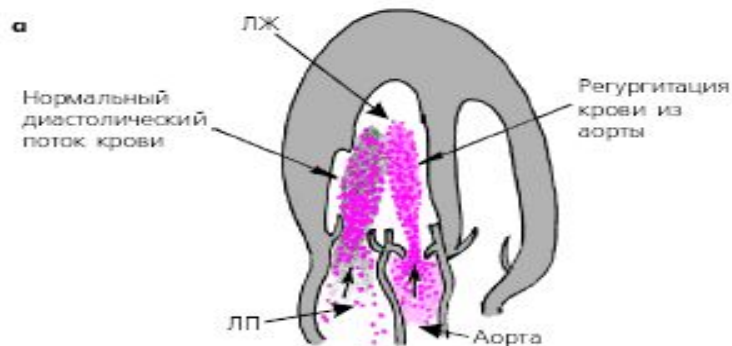
ФКГ



**Фонокардиограмма (Боткин — Эрба
нүктесі), аорта шамасыздығы: II
тонның амплитудасы төмендеген,
протодиастолалық шу.**



**Аорта шамасыздығы кезіндегі
рентгенограмма**



Аорта шамасыздығының Эхокардиографиялық белгілері

А. Сол қарыншаға қанның диастоалалық екі ағысының схемасы (қалыпты сол жүрекшеден және регургитация аортадан)

Б. Түсті доплерлік сканирлеу (аортадан регургитациялық ағыс анықталады)

В. Түсті доплерлік сканирлеу (аортадан регургитациялық ағыс қысымын анықтау 259 мс)

Аорта шамасыздығының емі:

- **Үлкен физикалық күштемелерді шектеу**
- **Асқынулар дамыған кезде медикомендозды ем қабылданады. Ревматизмнің және инфекциялық эндокардиттің өршулерінің алдын-алу.**
- **Жүрек жеткіліксіздігі дамыған кезде жүрек гликозиттері, диуретиктер, артериялық вазодилататорлар тағайындалады.**
- **Жыбыр аритмиясы кезінде — дигоксин, антикоагулянттар, антиагреганттар тағайындалады.**
- **Хирургиялық емдеу-аорта қақпағын протездеу.**

Аорта қақпағының стенозы

- Аорта қақпағының стенозы-жүре пайда болған жүрек ақауы, Аорта қақпағының зақымдануы нәтижесінде аорта саңлауы тарылады, осының салдарынан сол қарыншадан аортаға қан толық түсі қиындайды.***

Этиологиясы.

- Ревматизм
- Атеросклероз
- Инфекциялық эндокардит



Дамуы:

*а) аорта
қақпақшаларын
ың бір –бірімен
жанасуы*

*б) аорта
тесігінің
тыртықты
тарылуы*

Белгілері

- *Аорта қақпақшасының тарылуында науқастардың жағдайы біраз уақыт өзгермейді, өйткені сол қарыншаның күшейтілген жұмысы бұл ақаудың орнын толтырады.*
- *Бірақ келе –келе С.Қ. гипертрофиясы дамиды.*
- *Жүрек аймағында стенокардия тәрізді ауру сезімі – айқын гипертрофия мен аортаның тарылуы тәждік артериялардың қанға толуын нашарлатады – салыстырмалы коронарлық жетіспеушілігі дамиды.*

Қарауда :

Артериялдық жүйенің қанға толуының төмендеу салдарынан – тері түсі боз

Жүрек аймағын қарау – жүрек ұшы түрткісі айқын білінеді.

Жүрек ұшы түрткісі үлкейген, солға және төменге ығысқан ;

Пальпацияда –жұ.т. 6–7 қ\а, бұзана ортаңғы сызықтан сыртқары анықталады және ол таралған, күшейген, көтеріңкі, күмбез тәрізді – бұл С.Қ. кеңеюі мен гипертрофиясы салдарынан шамадан тыс үлкейгенін айқындайды, аорта нүктесінде –систолалық діріл («мысық пырылы») белгісі–тар тесіктен өткен қан шуылы

Перкуссияда – сол қарынша гипертрофиясына байланысты жүрек шекаралары солға ығысады — жүректің аортальды пішіні (мықыны айқын) дамиды.

Аускультацияда:

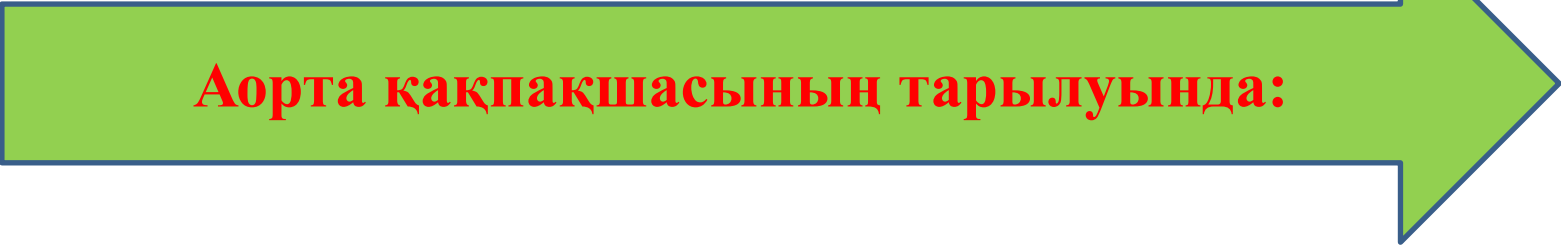
I тон жүрек ұшында әлсіреген –сол қарыншаның жәй толуы және систоласының ұзаруы;

II тон аортада әлсіреген–жарты айшық тәрізді қақпақшалардың толық жабылмауы – қақпақшалық құрастырушысы жоқ;

Аорта нүктесінде – тәндік систолалық шуыл –аорта қақпашысының тар саңлауынан қан ағысының иіріммен өтуі – қатаң дауысты

Осы шуыл қан бағытына байланысты ұйқы артериясына таралып естіледі.

Кейбір жағдайда жауырын аралығында тыңдауға болады.



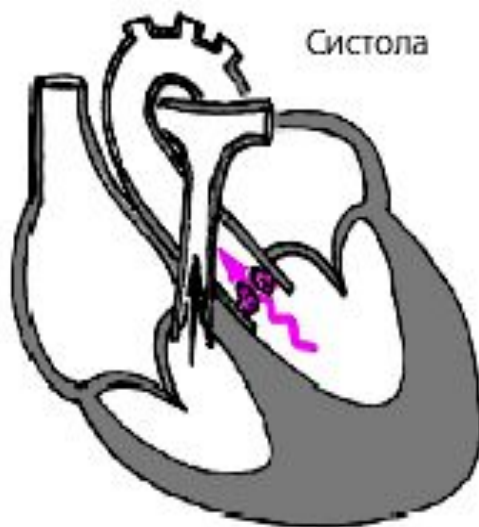
Аорта қақпақшасының тарылуында:

***АҚ : систолалық – төмен,
диастолалық – қалыпты, сол
себептен пульстық қысым төмен.***

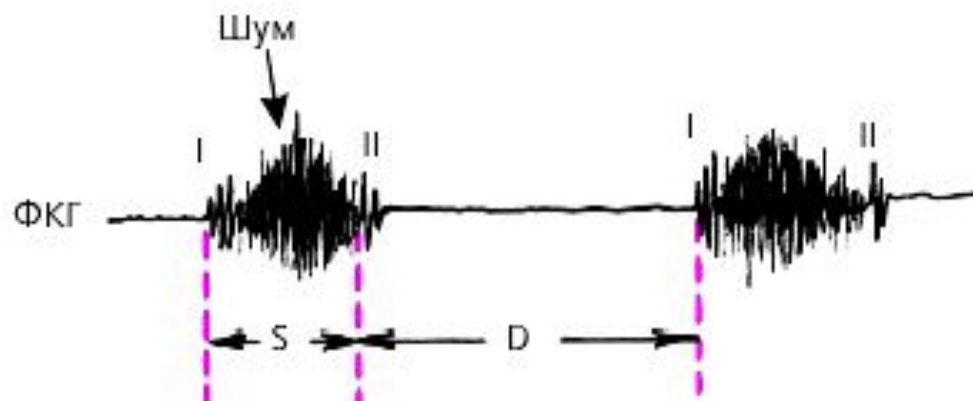
ЭКГ – сол қарынша гипертрофиясының белгілері: жүректің электр осі солға ығысқан; кейбір жағдайда коронарлық қан айналымының бұзылысы белгілері болуы мүмкін

Рентгенде – сол қарыншаның ұлғаюы, белі айқын; аорта көтерме бөлігінде кеңейген;

ЭхоКГ – систола кезеңінде аорта қақпақшаларының ашылу деңгейі күрт төмен; сол қарынша гипертрофиясының белгілері анықталады.



Аорта сағасының
стенозы кезіндегі
ФКГ (екінші
қабырға аралықта
оң жақта):



I және II тондардың
әлсіреуі, ромб тәрізді
жоғары
амплитудалық
систолиялық шу

*Аорта қақпақшасының тарылуында
маңызды тексеру әдісі – бұл
сфизмография.*

***Сфизмографиясы** – ұйқы артериясынын
соғу қасиетінің өзгерісі – пульс
толқындары жәй, төмен, олардың
төбесі таралған систоалық шуылға
байланысты тісшеленген*

Миокард инфарктісі — коронарлық қан келуінің толық немесе салыстырмалы жетіспеушілігіне байланысты жүрек бұлшық етінде ошақтық некроздың пайда болуымен сипатталатын жіті дерт.

Миокард инфарктісі

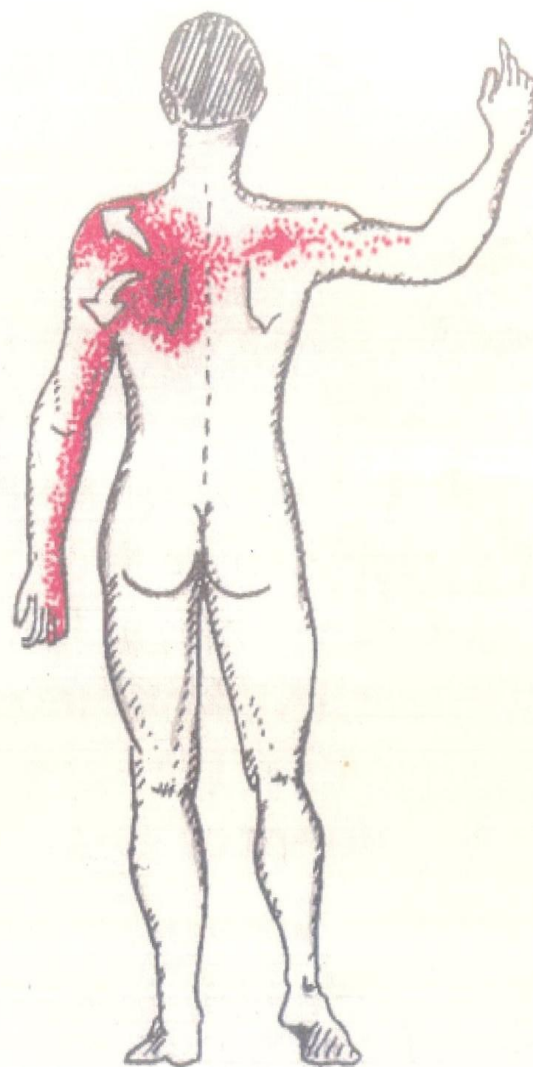
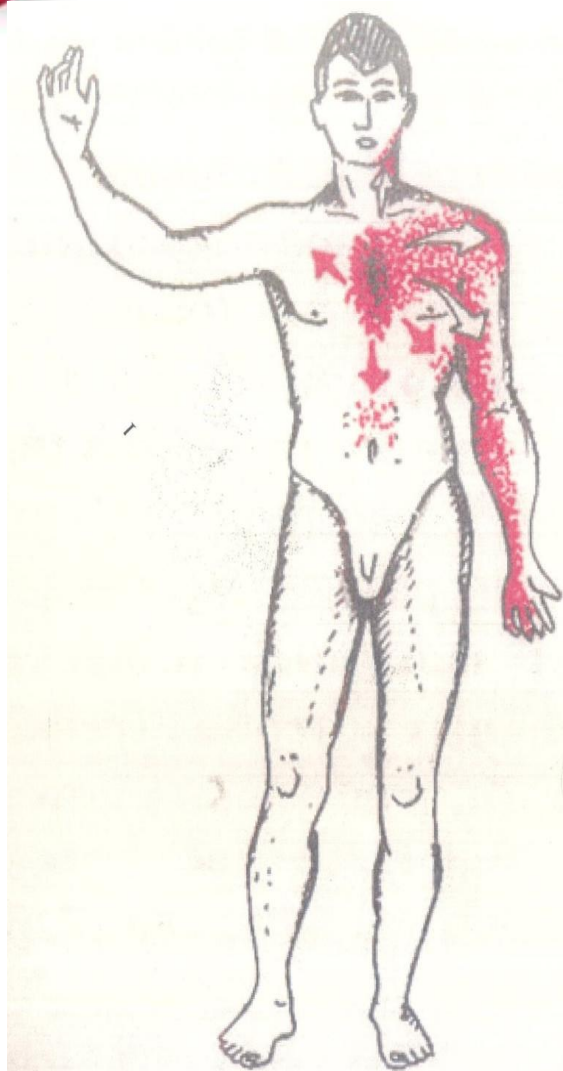


The diagram consists of a large black arrow pointing to the right, containing the title 'Миокард инфарктісі'. A green arrow points downwards from the bottom center of this black arrow to a rounded rectangular box containing the text about the causes of myocardial infarction.

*Негізгі себебі – тромбозбен немесе атеросклероз түйініне қан құйылумен асқынған тәждік артериялардың атеросклерозы(97–98%), яғни органикалық өзгеріс;
Сирек жағдайда – тәжді артериялардың жиырылуы – қызметтік бұзылыс(стресстік)
Осы екі жағдайдада миокардқа қажетті қанның көлемі мен оның жеткізілу арасындағы тепе-теңдігі сәйкестігінің бұзылысы.*

*Миокард инфарктісі дамуына әсер ететін
қолайсыз жәйттар:*

*семіздік,
май алмасу бұзылыстары,
қант диабеті,
қимылсыздық,
темекі шегу,
тұқым қуалаушылық*



Миокард инфарктісі дамуы:

сол қарыншаның жиырылу қызметінің күрт төмендеуі

жүректің бір соққы және минуттық қан көлемінің азаюы

артериялық қысымның төмендеуі

*Миокард инфарктісі – клиникалық көрінісі- **кардиогендік шок.***

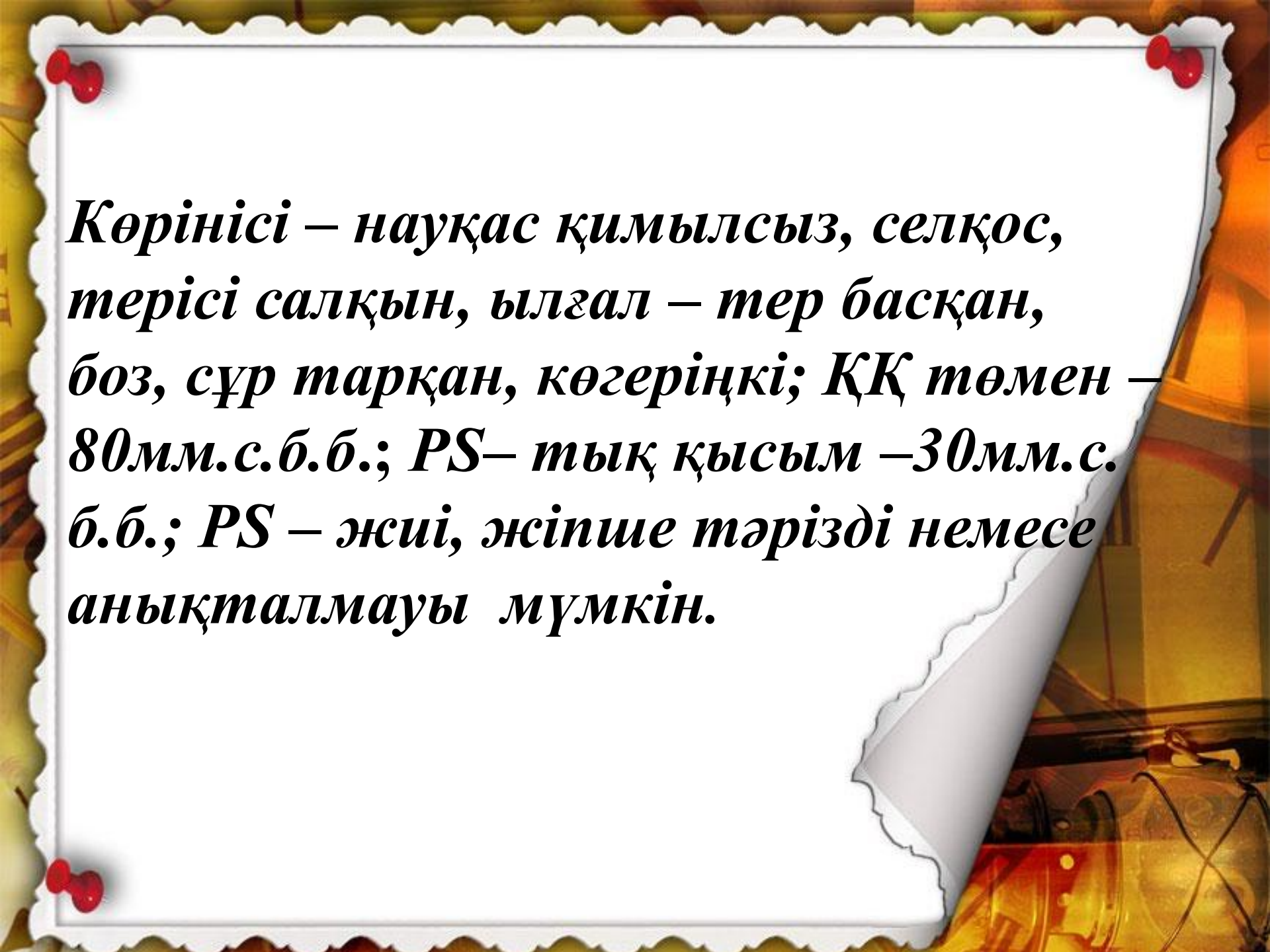
Кейбір науқастарда осы кезеңде жүрек жетіспеушілігі жүрек демікпесі немесе өкпе ісіну түрінде дамуы мүмкін. Бұл өте қауіпті жіті кезеңіндегі асқынулары болып табылады –30мин. –2 сағат арасында өтеді.

Жіті кезеңі – бірнеше сағаттан 2 –10 тәулікке дейін созылады –некроз ошағы толығынан айқындалып бітеді –ауру сезімі жоғалады; бірақ дене қызуының көтерілуі, қалтырау болуы мүмкін –ошақ көлеміне байланысты – неғұрлым үлкен болса – дене қызуы жоғары және ұзақ болады – некрозды бұлшық еттің ыдырауы, қабынуы. Қызба 3–5 немесе 10 күннен аса сақталады.

Миокард инфарктісі

Жеделдеу кезеңі –науқастың жағдайы жақсарады, дене қызуы қалыпты, жүрек жетіспеушілігі белгілері азаяды немесе мүлдем жоғалады – некроз ошағы азаяды әлде дәнекерлене бастайды.
Ұзақтығы – 4 – 8 апта

Әрі қарай 2 –6 айға созылатын жүректің жаңа жағдайға бейімделетін кезеңін ***инфарктан кейінгі кезең*** деп атайды



*Көрінісі – науқас қимылсыз, селқос,
терісі салқын, ылғал – тер басқан,
боз, сұр тарқан, көгеріңкі; ҚҚ төмен –
80мм.с.б.б.; PS– тық қысым –30мм.с.
б.б.; PS – жиі, жіпше тәрізді немесе
анықталмауы мүмкін.*

Сұрап тексеру:

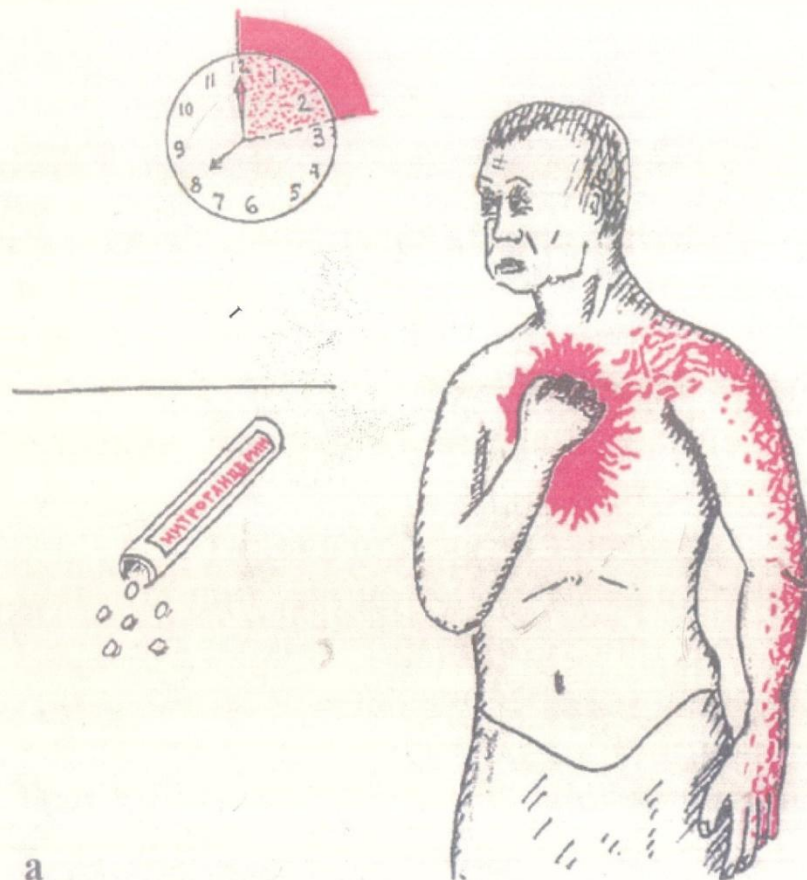
А. Шағымдары – негізгі белгісі:

– кенеттен дамитын, өте күшті, қарқынды, ұзақ, тұрақты, өлім қорқынышын тудыратын жүрек аймағында немесе төс артында орналасатын ауру сезімі.

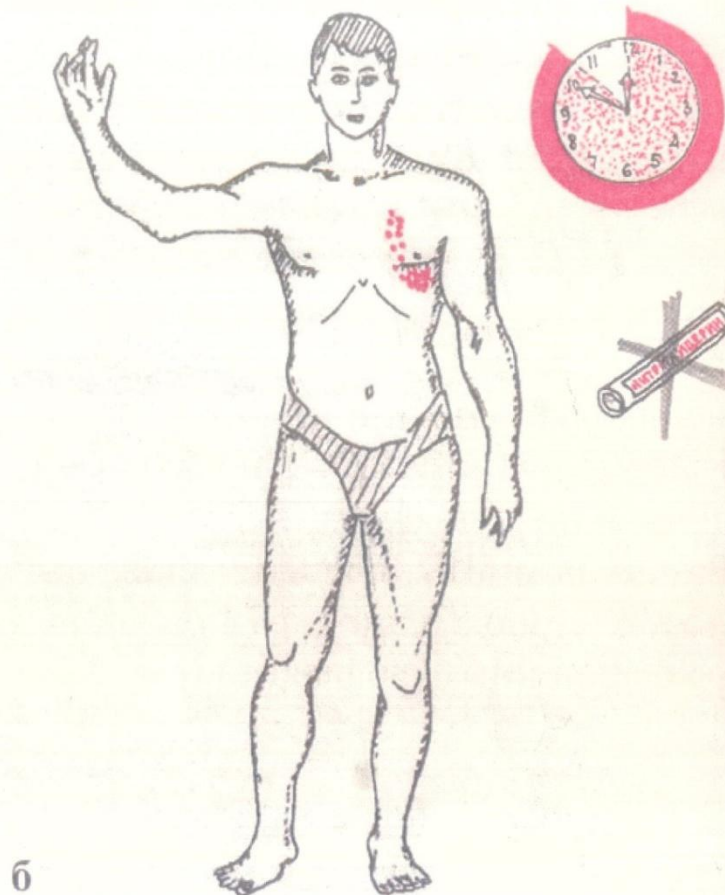
– ауру сезімі қысып, басып, бүріп, күйдіріп, бір күшейіп, бір басылып білінеді

– ауру сезімі дененің жоғарғы сол бөлігіне (қол, иық, бұзана, мойын, төменгі жақ сүйегіне) және сол жауырын астына.

Жауырын ортасына, кейбір жағдайда – кеуденің оң бөлігіне тарайды;



a



b

Б. Ауру сезімі нитроглицеринге тоқтамайды, ұзақ түрде –20 – 30`–тен бірнеше сағат әлде тәуліктерге созылады;

қосымша – әлсіздік, ентігу, терлегіштік ауру сезімнің басталуында қан қысымы жоғарлайды, кейіннен қарынша қызметі нашарлауына байланысты және қан тамырлар жетіспеушілігі нәтижесінде төмендейді.

Қарап тексеру:

терісі – боз;

***жүрек-қан тамыр жүйесі – тахикардия;
жүрек тондары – бәсеңсіген, кейбір
жағдайда – «шоқырақ ырғағы».***

***Миокард инфарктісі кезінде маңызды
белгілердің бірі – бұл жүрек-қан тамыр
жетіспеушілігі.***

***Миокард инфарктісінің бастапқы
кезеңінде дамидын бұл белгіні –
кардиогендік шок деп атайды***

Анықталуы

*Миокард инфарктісі диагностикасында клиникалық көріністеріне қоса маңызды а) аспаптық тексеріс – **ЭКГ** – инфарктың орналасу орны, тереңдігі және көлемі туралы мәлімет береді;*

***Зертханалық тексерістер** – маңыздылығы жоғары: – жалпы қан анализінде: жедел кезеңіндегі – $L_{\text{тоз}}$ – жетінің аяғында қалпына келеді; сәл кейінірек ЭТЖ жоғарлайды – 7–10 күнде ең биік көрсеткішіне жетеді – бірнеше айларға дейін сақталады;*

***Биохимиялық өзгерістер** – некроз ошағынан бөлініп шығатын ферменттер – ҚФК; ЛДГ; АлАТ, АсАТ – алдыңғы сағаттарында белсенділіктері артады.*

Миокард инфарктісі кезінде ЭКГ- дағы өзгерістер:

А. Патологиялық Q тісшесінің пайда болуы, R тісшесі вольтажы төмендеуі, кейде оның орнына QS жазылуы мүмкін;

В. R тісшесінің төмендейтін бөлігі бірден доға тәрізді көтерілген ST аралығымен ұласады;

С. T тісшесі теріс мәнді;

Қорытынды

- Жедел сол қарыншалық жетіспеушілік жүректің сол қарыншасының жедел әлсіреуінен дамиды. Бірақ оң қарынша функциясы сақталады. Жедел сол қарыншалық жетіспеушілік ұстамасы әуелі тінаралық, соңынан альвеолярлы өкпе шеменіне айналады. Ұстама белгілері өскен сайын, науқас жағдайы ауырлай түседі.

The background of the slide features a warm, autumnal theme. It is decorated with various maple leaves in shades of yellow, orange, and red. On the left side, there is a stack of three books: a dark blue one at the bottom, a white one in the middle, and a red one on top. A pen rests on the red book. The overall background is a gradient of red and orange.

Пайдаланылған әдебиеттер:

- “Патофизиология”, Ә. Нұрмағанбетұлы., Алматы, 2007
- “Ұрық дамуы мен балалық шақ ауруларының патофизиологиясы”, Ә. Нұрмағанбетұлы., Алматы, 2004
- Б. Қалимұрзина, “Ішкі аурулар”, I том, Асем-систем, 2005ж.
- “Балалар ауруларының пропедевтикасы”, Б. Түсіпқалиев., Ақтөбе, 2002
- Б.Х.Хабижанов, С.Х. Хамзин \Педиатрия\ «Қазығұрт» баспасы, Алматы 2005жыл

1 сентября