

Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Фармацевтика Академиясы

СӨЖ

Тақырыбы: *Амбулатория жағдайында созылмалы жүрек жетіспеушілігі динамикалық бақылау (митральды стеноз, аорта стенозы, трикуспидальды стеноз, өкпе артериясының түбірінің стенозы кезіндегі рационалды диагностика алгоритмі, науқастарды жүргізу және динамикалық бақылау. Жүрек ауруларының ЭКГ диагностикасы. Визуализация әдістер мәліметтерін талдау.*

Орындаған: Айдаров М. Н

Топ: 609 ЖТД

Қабылдаған: доцент Бектибаева Н. Ш

Шымкент 2016

Жүректегі шулар

- ▶ **Жүректегі шулар** дегеніміз – дыбыстық феномен, жүрек ақаулары кезіндегі қан ағымындағы шартты кедергі, оның бұлшық еттерінің өзгерісі, қан құрасының бұзылысы (мысалы анемия кезіндегі) болып табылады. Шудың болуы, оның орналасуы, сипаты және пайда болуы (систолалық, диастолалық) жүрек ауруларының түрін анықтауға көмектеседі.

Жүректегі шудың негізгі себептері:

- *Жүрек ұшындағы систолалық шу:* митральды жетіспеушілік, үш жармалы қақпақшаның жетіспеушілігі, қолқа стенозы және митральды стеноз кезінде;
- *Оң жақ екінші қабырға аралықтағы систолалық шу:* қолқалық стеноз, аортит, қолқаның склерозы, өкпе артериясының стенозы, жедел митральды жетіспеушілік кезінде;
- *Сол жақ екінші қабырға аралықтағы систолалық шу:* өкпе артериясының стенозы, үш жармалы қақпақшаның жетіспеушілігі, жүрекшеаралық перденің дефекті, ашық қолқалық өзек, өкпе артериясының кеңеюі, анемия, жүктілік кезінде;
- *Диастолалық шулар:* қақпақша деформациясы, фиброзды сақинаның кеңеюі, қақпақша арқылы қанайналым жылдамдығының кеңеюі кезінде;
- *Ерте:* қолқалық жетіспеушілік, кпелік жетіспеушілік;
- *Кеш:* митральды стеноз, үш жармалы қақпақша стенозы, гипертониялық криз, жүрекшенің шар тәрізді тромбы;
- *Мезодиастолалық шу:* қарыншаның дилатациясы, қақпақша арқылы қанайналымның күшеюі;
- *Созылмалы шулар:* ашық аорталды өзек, Вольсальва синусы аневризмасының жарылуы, артериовеналық аневризма, қолқаның коарктациясы, қолқаның аневризмасы, өкпе артериясының аневризмасы, аортоартериит.

Қолқаның атеросклерозы

- ▶ Қолқаның атеросклерозы – бұл холестерин мен басқа да майлы заттардың артерия қабырғасына жиналуы болып табылады. Бұл кез-келген артерияда дамуы мүмкін және үдемелі формаға ие. Қолқаның атеросклерозы артерия ауруларының ішіндегі кең тарағаны болып табылады.
- ▶ Жүрек ауруларының ішіндегі летальды жағдайдың жартысынан көбі атеросклерозға байланысты туындайды.
- ▶ Атеросклероз кезінде коронарлы артериялардың қабырғасына холестерин және басқа да заттар жиналып қалады (бляшка). Оны атеросклероздық түймедақ деп атайды. Атеросклеротикалық түймедақ бірнеше жылдарда пайда болады, көбінесе жасы үлкен адамдар ауырады. Түймедақ қанның артерия бойымен жылжуына кедергі жасайды және гангрена мен басқа да асқынулардың тууына себеп болады.

Симптомдары

Атеросклероздың симптомдары негізінен индивидуалды және әр науқастың жеке өзіне тәуелді болып табылады. Ортақ симптомдарына кеудедегі ауру сезімі мен ендігуді жатқызуға болады. Бірақ бұл аурудың асқынуы пайда болғанға дейін ешқандай симптомдар анықталмайды.

Аурудың бірнеше ағымын ажыратуға болады:

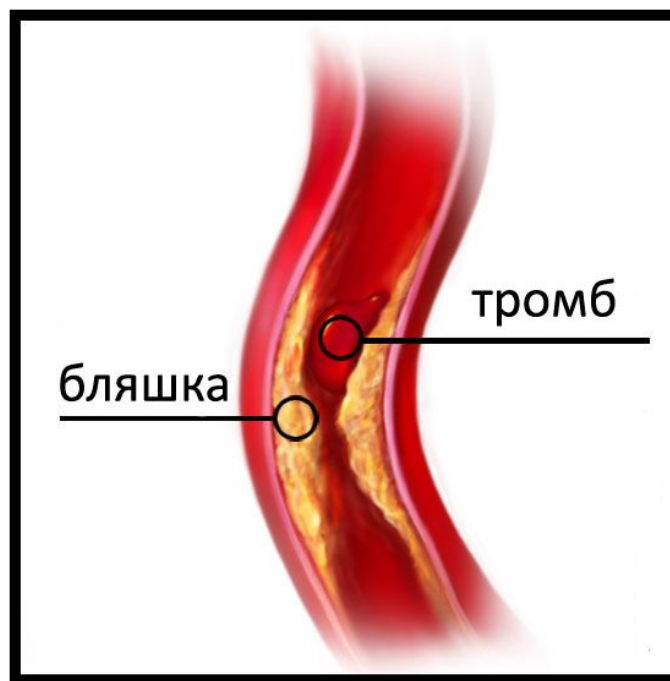
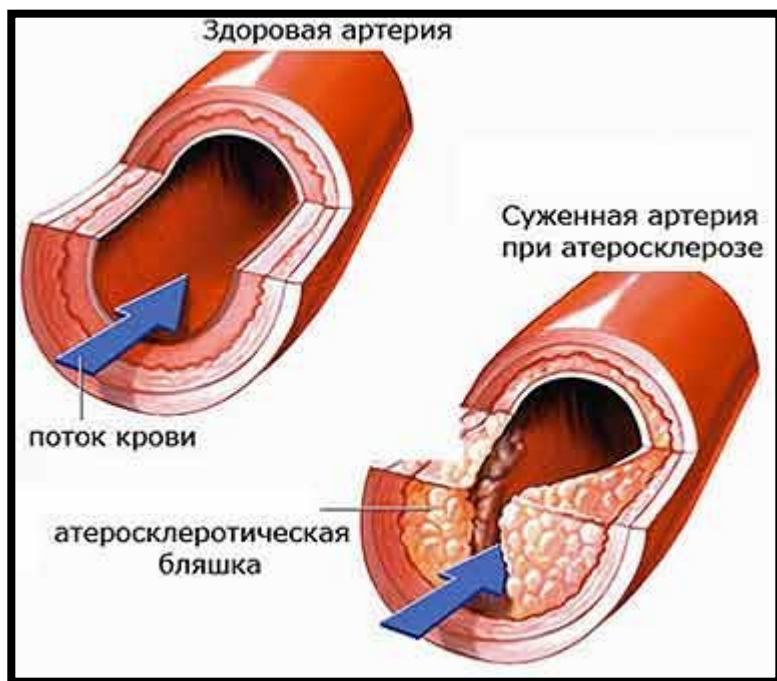
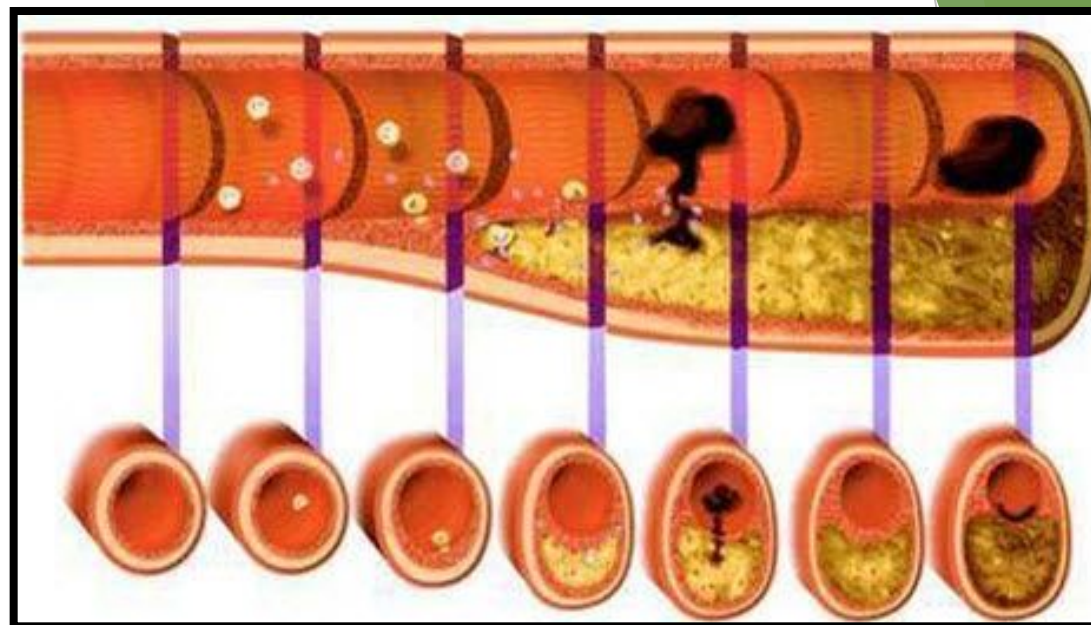
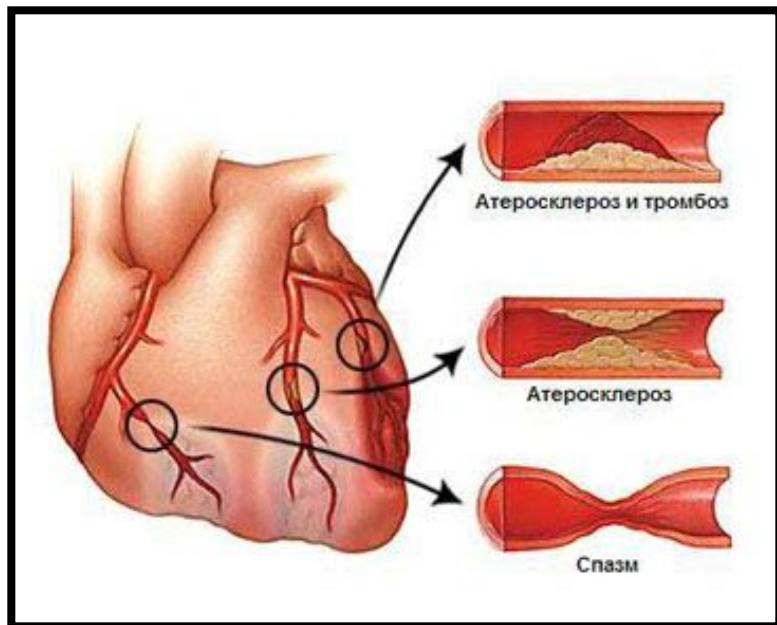
I период — клиникаға дейінгі — бұл кезде өзгерістер тек қана лабораторлы зерттеулердің нәтижесінде анықталады.

II период: - клиникалық — қолқа атеросклерозының айқын симптомдары пайда болады. Бұл периодта ишемия, тромбонекроз және склероз сатыларын ажыратады.

Асқынуы

Қолқа атеросклерозының ішіндегі кең таралған асқынуларына мыналар жатады:

- Обструкцияға байланысты қанмен қамтамасыз етудің жетіспеушілігі (ишемия, стенокардия);
- Қантамырлардың, бұлшық еттің және ішкі ағзалардың зақымдануы;
- Коллапс;
- Қоқаның аневризмасы;
- Төменгі аяқтардың қанмен қамтамасыз етілуінің бұзылуы (қолқаның кеуде бөлімінің атеросклерозында);
- Бас миының қанмен қамтамасыз етілуінің жеткіліксіздігі.



Қолқа атеросклерозының емі

- ▶ *Өмір салтын өзгерту.* Ішімдік пен темекіден толық бас тарту. Күнделікті физикалық жүктемелер. Үй жағдайында жасалған табиғи тағамдарды қолдану.
- ▶ *Емдік терапия.* Терапиялық курс қандағы холестерин дәрежесін төмендетуге және қан қысымын қалпына келтіретін препараттардан тұрады.
- ▶ *Ангиография және стентирлеу.* Коронарлы артерияны кататеризациялау кең таралған эффективті әдістердің біріне жатады.жіңішке кататердің көмегімен мамандар ағзадағы кез-келген артерияға ене алады.
- ▶ *Шунттау.*

Профилактика

Аурудың профилактикасы үшін атеросклерозды дамытуға септігін тигізетін факторлардың барлығын жою қажет:

- ▶ - алкогольді ішмдіктердің кез-келген түрінен бас тарту;
- ▶ - шылым шегуден бас тарту;
- ▶ - қан қысымын тұрақтандыру;
- ▶ - құрамында холестерині жоғары тағамдардан бас тарту;
- ▶ - созылмалы ауруларды емдеу (гипертония, қантты диабет т.б.)
- ▶ - стрестік жағдайларды азайту.

Митральді қақпақшаның жеткіліксіздігі.

- ▶ 1) Аускультативті белгілер:
 - ▶ - жүрек ұшында систолалық шу, екінші тонға жоғарылаған;
 - ▶ - жүрек ұшында бірінші тонның әлсіреуі;
 - ▶ - жүрек ұшында жүректің үшмүшелік мелодия жұмысы (3тон);
- ▶ 2) ЭКГ-белгілері:
 - ▶ - пансистолалық шу немесе жүрек ұшында лентовидті шу бірінші тоннан бастап;
 - ▶ - жүрек ұшында 1 тон амплитудасының төмендеуі
 - ▶ - 3 тон жүрек ұшында;
- ▶ 3) ЭКГ-белгілер:
 - ▶ - сол қарыншаның гипертрофиясы;
 - ▶ - сол жүрекшенің гипертрофиясы;

- 4) Рентгенологиялық белгілер:
 - - жүректің митральді конфигурациясы;
 - - сол қарыншаның ұлғаюы;
 - - сол жүрекшенің ұлғаюы;
- 5) ЭхоКГ-белгілер: қақпақша құрылымының бұзылысы (қақпақшаның қалындауы, хордалардың үзілуі, кальциноз, вегетация, митральді қақпақша пролапсы), қақпақшаның систолалық сепарациясы, диастолалық қақпақша қозғалысының шамадан тыс амплитудасы, жүректің сол жақ бөлігінің дилатациясы, қарыншааралық перденің шамадан тыс экскурсиясы; доплерлік зерттеу кезіндегі сол жақ жүрекше қуысының регургитациясы.

Клиникалық көрінісі

- ▶ Митральді қақпақшаның жеткіліксіздігі кезіндегі науқастардың шағымдары жүрек жеткіліксіздігімен байланысты болады, әсіресе кіші қан айналымындағы іркіліске. Жүрек соғуы мен ентігу пайда болады, бастапқы кезде физикалық күш түскенде байқалады. Жедел жүрек жеткіліксіздігімен өкпе ісінуі митральді стеноз кезінде жиі кездеседі және де қан қақыру болады. Жыпылықтаушы аритмиясы бар науқастарда үлкен қан айналымындағы іркіліс (бауыр ұлғаюы, ісіну) кеш пайда болады. Жүректі зерттеу кезінде гипертрофия және сол қарыншаның, сол жүрекшенің дилатациясы байқалады, кейіннен оң қарыншада да пайда болады. Жүрек ұшы лақтырысы біршама күшейген және солға ығысады, кейде төменге ығысуы байқалады, жүректің жоғарғы шекарасы - III қабырғаның жоғарғы тұсында.

► **Диагностикасы**

- Жүрек камерасы көлемінің өзгеруі, әсіресе Рентген зерттеулерінде анық байқалады. Митральді жеткіліксіздік кезінде сол жүрекше ұлғаяды, әсіресе қиғаштап барий қолданғандағы көрінісінде. Митралді стеноздан басқа асқазан жүрекше артына үлкен радиус доғасына ығысқан (8- 10 см). ЭКГ - сол қарынша гипертрофия белгілері, сонымен қатар сол жүрекшенің де ұлғаюы анықталады, кейде жүрекшенің жыпылықтауы типінде ырғақ бұзылысы байқалады. Шамамен 15% науқастарда оң қарынша гипертрофия белгілері анықталады, бұл өкпелік гипертензияны көрсетеді.

Митральді жеткіліксіздік диагностикасы сол қарыншалық **вентрикулографияда** айқын, контрасты затты катетер арқылы сол қарыншаға жіберумен жүргізіледі.

Бұл ақауды диагностикалау кезінде ең дұрысы **эхокардиография**, ол сол қарыншаның және сол жүрекшенің ұлғайғандығын және гипертрофиясын анықтауда ең басты аппарат. Эхокардиография мен түстідоплероэхографияны байланыстыра отырып қолдану сол қарыншадан сол жүрекшеге қанның қайта өтуін көрсетеді.

- **Оперативті ем.** Қақпақшаны протездеуге көрсеткіш қақпақшалардың кальцинозы және фиброзы мен көрінетін қақпақша аппаратының күрделі дұзылыстары.

Митральды стеноз.

- 1) Аускультациялық мәліметер:
 - - жүрек ұшындағы шапалақтаушы 1 тон;
 - - өкпе артериясында 2 тонның еселенуі (ритм перепела);
 - - өкпе артериясында 2 тонның акценті;
 - - митральды қақпақша ашылу;
 - - жүрек ұшындағы пресистолалық күшеюі бар диастолалық шуыл;
- 2) ФКГ- белгілері :
 - - жүрек ұшында 1 тон амплитудасының жоғарлауы ;
 - - Q-I тон интервалының 0,08-0,12 с дейін ұзаруы;
 - - өкпе артериясында 2ші тон амплитудасының жоғарлауы;
 - - өкпе артериясында 2 тонның ажырауы;
 - - митральды қақпақша ашылу;
 - - эпицентрі жүрек ұшында орналасқан 2 тоннан аз уақыт интервалдан кейінгі орташа-аз жиілікті диастолалық шуыл;

▶ 3) ЭКГ-белгілері:

- ▶ - сол жақ жүрекше гипертрофия белгілері;
- ▶ - оң жақ қарынша гипертрофия белгілері;

▶ 4) Рентгенологиялық белгілері:

- ▶ - жүректің митралді конфигурациясы;
- ▶ - сол жақ жүрекше ұлғаюы;
- ▶ - оң жақ қарынша ұлғаюы;
- ▶ - өкпелік гипертензия(венозды және артериальды);
- ▶ - сол қарынша нормалық өлшемде немесе кішірейген;

► **Клиникалық көрінісі.** Бұл ауру көп уақыт симптомсыз өтуі мүмкін, кездейсоқ дәрігер қарау барысында анықталады. Жеткілікті, айқын стенозда ең баста физикалық жүктемеде енгігу, кейін тыныштық күйде енгігу пайда болады. Бір уақытта жөтел, қанды қақырық, жүрек қағуы тахикардиямен, жүрек ритм бұзылысы экстрасистолия түрінде, жыпылықтаушы аритмия болуы мүмкін. Митральды стеноздың ауыр түрінде кіші қан айналым қысымы жоғарлауының әсерінен өкпе ісінуі пайда болуы мүмкін, мысалы физикалық күштеме кезінде. Жобамен науқастардың 1/10 жүрек аймағында ауру сезімі байқалады, өкпе гипертензиясына байланысты.

Митральды стенозымен науқасты қарау барысында акроцианоз байқалады, жиі бетінің өзіндік қызаруы байқалады. Науқастар өз жасынан жас көрінеді. Жүрек ұшында пальпация кезінде діріл байқалады, жүрек аускультациясында диастолалық шуға тән (мысық пырылы). Эпигастрия аймағында оң жүрекшенің айқын гипертрофиясында пульсация болуы мүмкін.

- ▶ **Диагностика.** Аурудың ерте кезеңінде рентгенологиялық өзгерістер болмауы мүмкін. Митральды стеноздың бастапқы рентгенологиялық белгілері науқасты қисық жазықтықта барийді қабылдау арқылы көрінеді. Контрассталған өңештің сол жүрекше деңгейінде үлкен доға бойынша 4-5 см радиусында ығысуы байқалады. Кеш сатыларында жүректің сол контурының екінші және үшінші доғалар бойымен ығысуы байқалады. Ауыр митралды стенозда жүректің барлық камераларының және кеңеюі, митралды қақпақшаның кальфикациялануы болады.
 - ▶ **ЭКГ-да** I және II тіркемелерде P тісшесінің кеңею және екі өркештенуі көрінеді, ол сол жүрекшенің күш түсуі мен гипертрофиясын көрсетеді. Әрі оң қарыншаның гипертрофиясының үдеуі барысында оң типті ЭКГ қалыптасуы мүмкін, R тісі оң кеуде тіркемелерінде үлкееді және басқа ЭКГ өзгерістері байқалуы мүмкін. Сирек митральды стеноздың бастапқы сатысында митральды аритмия пайда болады.
- Эхокардиография** митралды стеноздың ең сезімтал және дәл инвазивті емес зерттеу әдісі. M-режимде митралды қақпақшанаң алдыңғы және артқы қақпашаларының диастолада бөлінуі болмайды, олар бір бағытта жылжиды, алдыңғы қақпақшаның жабылу жылдамдығының баяулауы, сол қарыншаның қалыпты көлемінде сол жүрекшенің ұлғаюы. Сонымен қатар қақпақшалардың деформациясы, қалыңдауы, кальцификациясы байқалады.
- Оперативті емі.** Айқын митральды стенозы бар науқастарды, физикалық жүктемені шектейтін науқастарға митральды комиссуротомия операциясы көрсеткіш. **Митральды комиссуротомия операциясынан кейін 70-90% науқастардың жағдайы жақсарады.**

Қолқа стенозы

- ▶ Аорта өзегінің стенозы ұзақ уақыт ағымында симптомсыз өтеді.
- ▶ Қақпақша өзегінің айқын тарылуы кезінде ең тән **шағымдар**, фиксирленген соққы көлемнің анықталуымен шартталады, салыстырмалы коронарлы жеткіліксіздік және солқарынша жеткіліксіздігі:
 - ▶ - бас айналу, жүктеме кезінде немесе дене қалпын тез ауыстырған кезде естен тану;
 - ▶ - тез шаршағыштық, физикалық жүктеме кезінде әлсіздік;
 - ▶ - типті стенокардия ұстамасы;
 - ▶ - жүктеме кезінде енгігу, сосын тыныштық жағдайда;
 - ▶ - ауыр жағдайда — тұншығу ұстамасы (жүректік астма немесе өкпе ісінуі).
- ▶ Шағымы, оң жақ қарыншалық жеткіліксіздігіне тән көріністер (ісіну, оң жақ қабырға астылық ауырлық сезімі және т.б.), науқастарда жекелеген аорта өзегінің стенозы салыстырмалы сирек кездеседі және өкпелік гипертензия кезінде, сонымен қатар шартталғанқосарласқан аорта стенозымен және митралды қақпақша ақауы кезінде туындайды . жалпы қарау кезінде тері жабындыларының бозғылттығы көңіл бөледі (“аортальды бозғылттық ”), жүрек лақтырысынң төмендеуімен және перифериялық тамырлардың вазоконстрикциялық реакцияларға бейімділігімен шартталған
- ▶ Акроцианоз аурудың кеш сатыларында көрініс береді және әдетте митральды жүрек ақауындағыдай айқын емес.
- ▶ Аяқтағы ісіктер әдетте сирек байқалады.

- *жүрек пальпациясы және перкуссиясы: қатты жүрек ұшы соғуы.* Есту барысында, жүрек ұшына бағытталған жағдайда әлсізденетін айқын систоликалық шум естіледі және мойын тамырларына анық беріледі. Айқын аортальды стеноз кезінде, гемодинамика өзгеру ақауын тән ,систоликалық және пулстік АҚ азаюы байқалады. (жүрек лақтырысының төмендеуі).
- ▶ *ЭКГ да анықталады:*
- ▶ Сол жақ қарыншаның систоликалық жүктемемен айқын гипертрофия көрінісі (RS– Т сегмент депрессиясы және екіфазалы немесе теріс Т тісшесі сол жақ кеуде әкетпесінде).
- ▶ Айқын аортальды стенозда, әсіресе “митралданған” ақау кезінде Р тісшесінің амплитудасы жіне ұзақтығы жоғарлайды. Сол жақ Гисс аяқшаларының толық немесе толық емес бөгемесінің көріністер. (әрдайым емес).
- ▶ *Рентген көріністер.* Жүрек ұшының солға ығысуында тамыр шоғыры мен сол жақ қарынша контуры арасындағы бұрышы доғалданады, жүрек «белі» айқындала түседі. Жүректің мұндай конфигурациясы аорталды жүрек ақауында айқын көрініс беруіне байланысты «аорталды» деген атау алды.

Қолқа қақпақшасының жетіспеушілігі

- Ақау ұзақ субъективті симптоматикасыз жүреді. Ерте симптомдарына кеудеде жүрек жиырылуының күшею сезімі және перифериялық пульсты сезіну (баста, аяқта, омыртқа бағанасында), әсіресе горизонтальды бағытта күшейе түседі. Ауыр аортальды жеткіліксіздік кезінде бас айналу, тыныштық жағдайда тахикардияға бейімділік болуы мүмкін, пайдалы лақтырыс жеткіліксіздігін компенсирлеу мүмкіндігі болғандықтан, мұндай симптоматиканы бірден жоймаған дұрыс. Жүктеме кезінде немесе тыныштық жағдайда, түнде нитроглицеринмен қиын басылатын стенокардия ұстамалары жиі кездеседі. енгізу алғашында физикалық жүктеме кезінде пайда болады, сосын тыныштық жағдайда да. Көптеген науқастар бозғылт, аяқ- қолдары жылы болады.

- **Қарау барысында** мойын және перифериялық артериялар, қарашық пульсациясы, аяқ-қолдарының және бастың дірілі пульсті ритмге сай байқалады. Сол жақ қарынша гипертрофиясы жүрек ұшы соғуының күшеюімен және оның оңға және төмен ығысуымен көрініс береді
- ▶ **Аортальды жеткіліксіздіктің тиіпті аускультативті көрінісі болып табылады.** Аортада және Боткин нүктесінде диастолалық шу, II және I тонның әлсіреуі, сонымен қатар аортада функциональды сипатта «серіктес» систоликалық шу.
- ▶ I тон өзгерісі. әдетте I тон сол жақ қарыншаның бірден шеттен тыс жүктемесі салдарынан жүрек ұшында әлсізденеді және қарыншалар жиырылуының изоволюмикалық баяулауы.
- ▶ II тон өзгерісі. этиология ақауына байланысты II тон күшеюі мүмкін немесе жоғалып кетуіне дейін әлсіреуі мүмкін. Ревматизм немесе инфекциялық эндокардит әсерінен қақпақшаның қысқаруы және деформациясы II тонның әлсіреуіне немес жоғалуына әсер етеді.
- ▶ Патологиялық III тон аортальдық жетіспеушілікте көбірек кездеседі. III тонның пайда болуы сол жақ қарыншаның көбірек күш түскенін білдіреді, сондай ақ оның диастолаға жиырылуының төмендеуін білдіреді.
- ▶ Диастоликалық шу аорталық жетіспеушілікте аускультативті белгісі болып табылады. Шу II қабырға аралықта оң жақ кеудеде және III-IV қабырға аралықта оң жақ кеуделікте және жүрек ұшында естіледі. Аорталқ жетіспеушілікте систоликалық жоғарылап және диастоликалық төмендейді, нәтижесінде пульсті АҚ жоғарылайды.

ЭКГ да анықталады:

Аорталық клапн жетіспеушілігінде көбінесе сол жақ қарынша гипертрофиясы систоликалық күштемесіз болады, қарыншалық комплекстің өзгерісінсіз жүреді. RS–Т сегментінің депрессиясы және жазылуы немесе Т инверсиясы тек ақаудың декомпенсациясы кезінде көрінеді және жүрек жеткіліксіздігі болады. "Митрализация" кезінде аорталық жетіспеушілік, сондай ақ сол жақ қарыншаның жетіспеушілігі, ЭКГ-да сол жақ жүрекшенің гипертрофиясы пайда болады. (P-mitrale).

Рентгендік зерттеу:

Аорта клапынының жетіспеушілігінде, рентгенологиялық көріністе сол жақ жүрекшенің ұлғаюы айқын көрінеді. Аурудың ерте сатысында тура проекцияда жүректің төменгі доғасының ұзаруы және жүректің жоғарғы жағы солға және төмен түскенін көреміз. Сол себептен қан тамыр шоғыры және сол жақ қарынша контуры жақсы көрінбейді, жүректің ,белі анық көрінеді. (жүректің“аорталық” конфигурациясы). Сол жақ проекциясында ретрокардияльды аймақтың семуі байқалады.

Критерий	Митральный стеноз	Недостаточность митрального клапана	Стеноз устья аорты	Недостаточность аортального клапана
Перкуссия	Увеличение размеров сердца вправо за счет правого желудочка, влево и вверх за счет левого предсердия, талия сердца сглаживается — митральная конфигурация	Гипертрофия левого предсердия и левого желудочка, талия сердца сглажена — митральная конфигурация	Границы сердца увеличены вниз и влево — гипертрофия левого желудочка — аортальная конфигурация	Границы сердца расширены вниз и влево, форма «сапожка» за счет увеличения левого желудочка
Аускультация	На верхушке: усиление I тона — хлопающий, диастолический шум (чаще пресистолический), может быть щелчок открытия митрального клапана (ритм «перепела»), мерцательная аритмия. На сосудах: акцент II тона на ЛА	Верхушка: ослабление I тона, систолический шум, на сосудах: раздвоение, акцент II тона на легочной артерии	Верхушка: приглушены тоны, на сосудах: систолический шум во втором межреберье справа, иррадиирующий на сосуды и межлопаточное пространство	Ослабление I тона, диастолический убывающий шум, следующий сразу за аортальным компонентом II тона, выслушивающийся в 1-й и 5-й точках, с max в 5-й точке
Примечание	АД — 90/70. ЭКГ: правогограмма, признаки систолической перегрузки правого желудочка, признаки гипертрофии левого предсердия. Причины: ревматизм (самая частая). Рано развиваются недостаточность, эмболия, чаще болеют женщины	АД — 120/80. ЭКГ: левограмма, признаки диастолической перегрузки левого желудочка, гипертрофия ЛП и ЛЖ. Причины: ревматизм, эндокардит. Долго компенсирован, чаще болеют женщины	АД — склонность к гипотонии. ЭКГ: левограмма с признаками систолической перегрузки левого желудочка. Причины: ревматизм, сифилис, ВПС. Чаще болеют мужчины	АД — 150/40 б.т. 220/40 б.т. ЭКГ: признаки гипертрофии ЛЖ с диастолической перегрузкой. Причины: ревматизм, сифилис, затяжной септический эндокардит. Долго компенсирован, чаще болеют мужчины

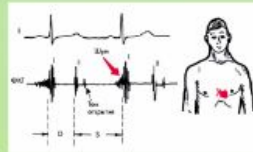
Үш жармалы қақпақшаның жетіспеушілігі

Трикуспидалдық қақпақшаның жетіспеушілігі ревматизмнің толассыз қайталайтын ағымында кездеседі және ол көбінесе митралдық қолқа қақпақшаларының ақауларынан соң пайда болады. Ревматизммен байланысы жоқ трикуспидалдық қақпақша ақауы біраз жағдайда бұғана асты венасына кататер қою нәтижесінен пайда болған бактериалды эндокардитпен байланысты болады. Кей жағдайларда іштен туа біткен ақаулар да болуы мүмкін

Гемодинамикалық бұзылыс қанның оң жүрекшеге қайта баруымен байланысты, сөйтіп төменгі және жоғарғы қуыс веналарда қанның көп жиналуы және іркілуі байқалады. Осыған орай бауыр көлемінің ұлғаюы, жүректің оң жақ бөлігіне ауыртпалықтың көп түсуі айқын көрінеді.

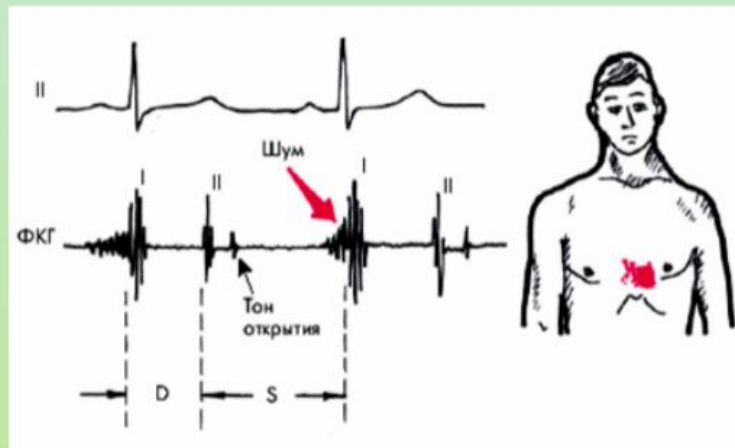
Клиникасы

Корвало-Риверо систоальық шуы естілуімен белгілі. Бұл шудың төс сүйектің төменгі тұсында немесе төс сабының үстінде тынысты шығарғанда анық естіледі. ЭКГ-да оң жүрекшенің гипертрофиясы, ФКГ-да систоальық шу жазылады. ЭХОКГ-да үшжармалы қақпақшаның систола кезінде оң жүрекше жағына ығысуы, регургитация көрінеді.



Клиникасы

Корвало-Рриверо систолалық шуы естілуімен белгілі. Бұл шудың төс сүйектің төменгі тұсында немесе төс сабының үстінде тынысты шығарғанда анық естіледі. ЭКГ-да оң жүрекшенің гипертрофиясы, ФКГ –да систолалық шу жазылады. ЭХОКГ-да үшжармалы қақпақшаның систола кезінде оң жүрекше жағына ығысуы, регургитация көрінеді.



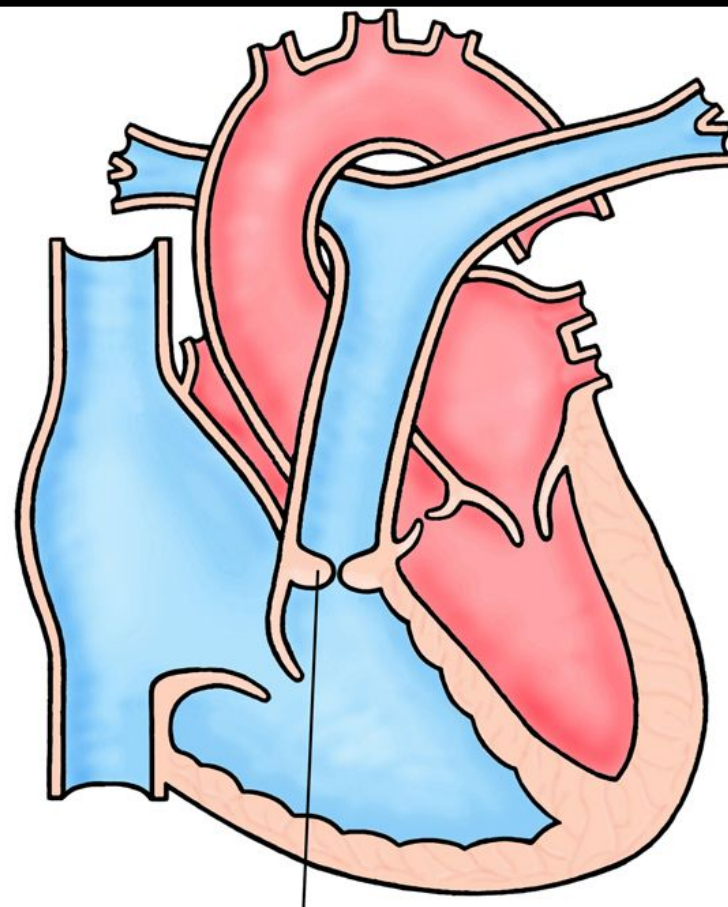
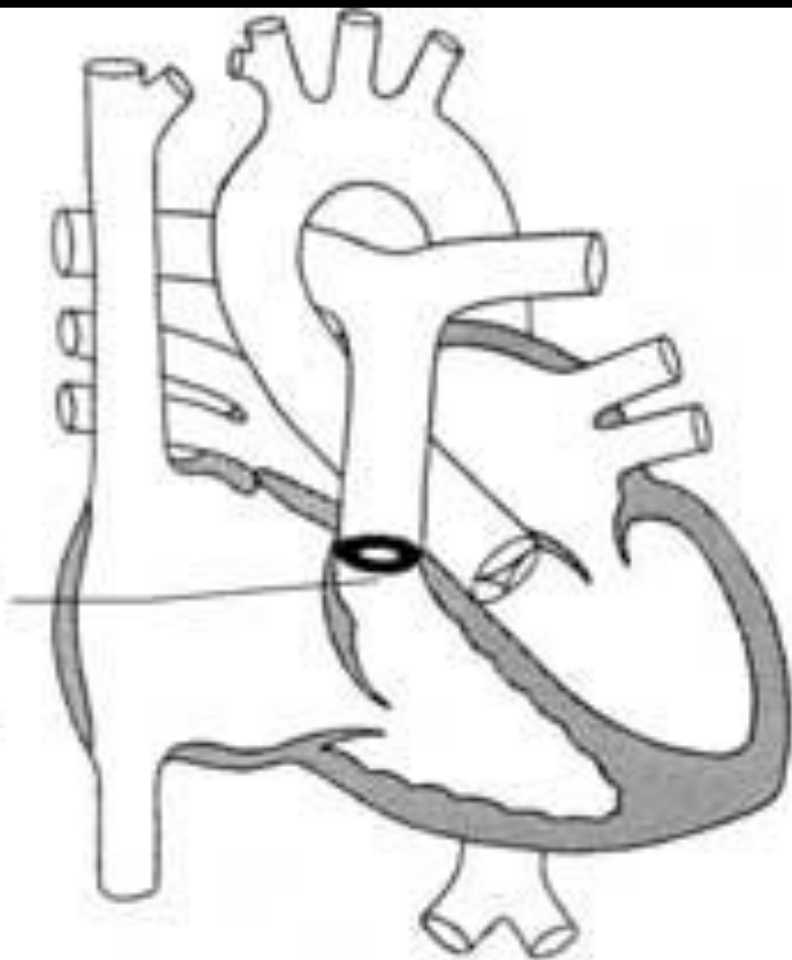
Өкпе артериясының стенозы

- ▶ Өкпе артериясының стенозы – өкпе артериясының қақпақшасы маңындағы оң қарыншаның өткізгіш жолдарының тарылуы.
- ▶ Туа пайда болған өкпе артериясының стенозы жеткілікті жиі кездеседі. Оқшауланған өкпе артериясының стенозы барлық жүрек ақауымен туылғандардың арасында 8-12% құрайды.

Симптомдары:

- ▶ Айқын емес өкпе артериясының стенозы көп жағдайда симптомсыз өтеді. Айқын стеноз кезінде тез шаршағыштық, ендігу және физикалық жүктеме кезінде кеуде қуысындағы ауру сезімі, цианоз, бас айналу және естен тану болады. Өкпе артериясының стенозы кезінде ендігу жұмыс істейтін шеткері бұлшық еттердің адекватты емес перфузиясының нәтижесінде болады. Цианоз шеткері (төмен жүрек лақтырысының әсерінен) және орталық (қанның лақтырысы ашық сопақ тесік әсерінен) болуы мүмкін.
- ▶ **Өкпе артериясы стенозының белгілері:**
- ▶ Эпигастрий аймағында оң қарыншаның күшейген пульсациясын анықтауға болады. Оң қарыншаның декомпенсациясының нәтижесінде үш жармалы қақпақшаның жетіспеушілігімен қосылғанда ісік және мойын венасының пульсациясы анықталады.

Стеноз легочной
артерии



Narrowed pulmonary valve

▶ ЭКГ

- ▶ Әлсіз стеноз кезінде ЭКГ-да өзгерістер анықталмайды. Орташа және айқын стеноз кезінде оң қарыншаның гипертрофиясы белгілері болады. Айқын өкпе артериясының стенозы кезінде оң жүрекшенің гипертрофиясы (дилатация) белгілері пайда болады. Қарыншаүстілік аритмия пайда болуы да мүмкін.

▶ Рентгенологиялық зерттеу

- ▶ Өкпе артериясының қақпақшалық стенозы кезінде оның бағанында стеноздан кейінгі кеңеюі анықталады.
- ▶ **Жүрек қуысын кататеризациялау.**
- ▶ Жүрек қуысын кататеризациялау стеноз дәрежесін оң қарынша мен өкпе артериясының арасындағы қысым бойынша нақты анықтауға мүмкіндік береді.

**Назар аударып тыңдағандарыңызға
рахмет!!!**

