

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.
АСФЕНДИЯРОВА

Өкпе артериясының стенозы

ДАЙЫНДАҒАН: СРАЙЫЛ Б.

ҚАБЫЛДАҒАН: ЖЕТПИСБАЕВА Н.К

ТОП: ЖМ14-16-1

Жоспар:

1. Кіріспе

Өкпе артериясы стенозы анықтамасы

2. Негізгі бөлім

Патогенезі

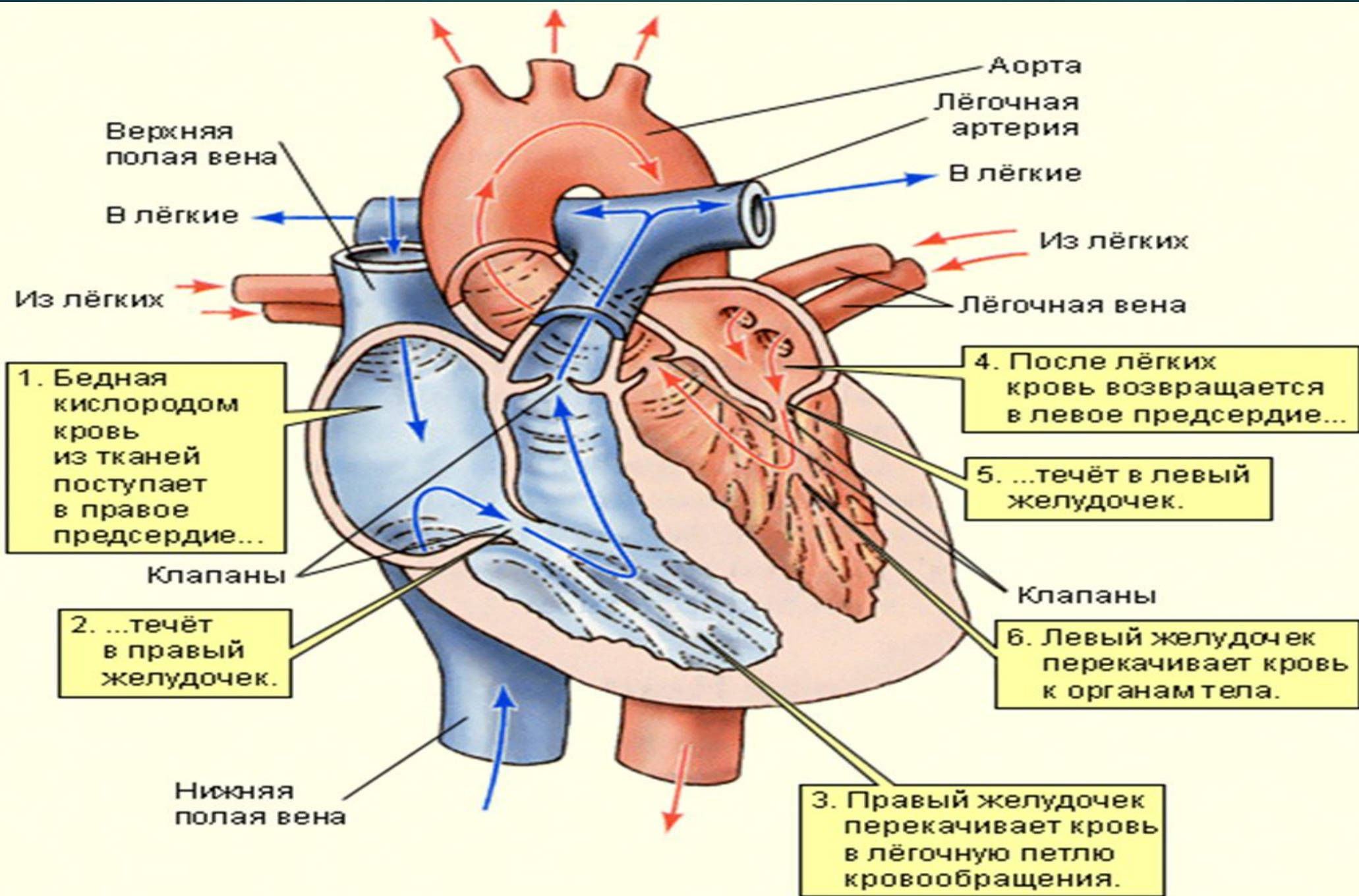
Гемодинамикасы

Клиникалық белгілер

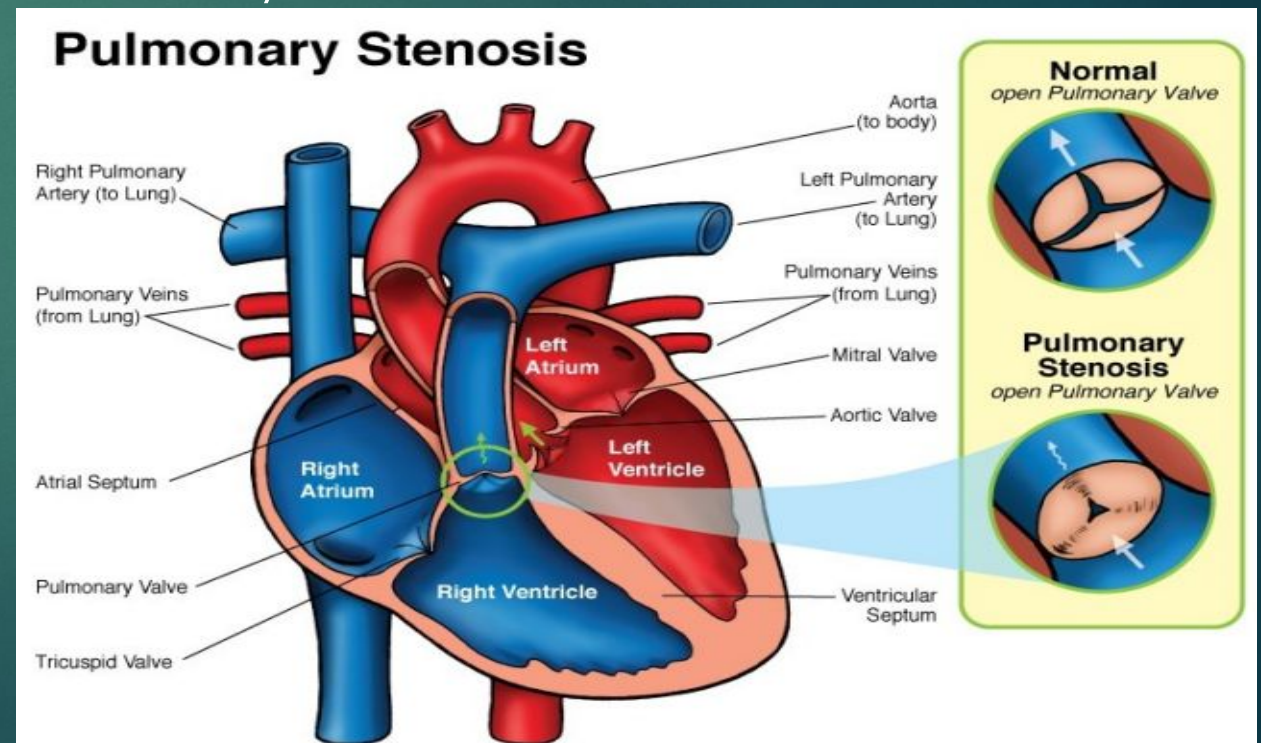
Диагностика

Емі

3. Қорытынды



- Өкпе артериясы сағасының тарылуы (стенозы) әдетте қақпалық болып келеді (80-90% жағдайда), сирек жағдайда қақпақастылық немесе қақпақүстілік болады. Оның үлесіне барлық іштен туа болатын жүрек ақауларының 5-8% тиеді.
- Кіші қанайналым шеңберіне қанның аз келуі оң қарыншадан шығатын қан жолында бөгеттің болуымен сипатталады. Демек, қанның өкпеге аз келуі оның өкпе ішінде оттегін қосып алуын азайтады, бұл жағдайларда өкпеге жетпеген веналық қанның солға ығысуы (вена-артериалдық шунт) болады, сөйтіп тіндер мен ағзаларға баратын қанның бойында оттегі жетіспеуі және веналық қан араласа орын алады.



Гемодинамика

- ▶ Гемодинамика. Қанның оң жақ қарыншадан өкпе артериясына ағуына кедергі болу оң жақ қарыншаның тоногендік дилатациясы мен гипертрофиясын тудырады. Оң жақ қарынша-ның шаршауы ұлғайған сайын онда миогендік дилатация дамып, оның ішіндегі соңғы-диастоалалық қысым көтеріледі. Мұның өзі оң жақ жүрекшедегі және қуыс веналарындағы қысымды көтереді және үлкен қан айналымы шеңберіндегі қан іркілу процестерін тудырады.

- ▶ **Клиникасы.** Науқас адамдардың шағымдары:
- ▶ ендігу,
- ▶ күшті әлсіздік,
- ▶ тез шаршағыштық,
- ▶ бас айналуы,
- ▶ талып қалуға бейімділік,
- ▶ жүрек тұсының ауыруы.
- **Қарап тексергенде:**
- ▶ жалпы дене дамуының қалыңқы болуы.
- ▶ Онша айқын емес цианоз болады.
- ▶ Қолдың саусақтары дабыл таяқшаларына ұқсас болады.
- ▶ Жүрек томпағы көрінеді.
- ▶ Пальпацияда төстің сол жақ шетінің II-III қабырға аралығында систолалық діріл анықталады. Пульс кішкене болып келеді.
- ▶ **Перкуссияда:** жүректің шартты тынық дыбыс шегі оңға ығысқан, абсолютті тынық дыбыс ауданы кеңіген.
- ▶ Артериялық қан қысымы төмендеген
- ▶ Аускультацияда: өкпе артериясы үстінде II тон әлсіреген, төстің сол жақ шетіндегі екінші – үшінші қабырға аралығында дөрекі систолалық шу естіледі.

В.И.Пипия(1964) бойынша классификация:

- I стадия — умеренный стеноз. Жалоб нет. ЭКГ — начальные признаки перегрузки правого желудочка (ПЖ). Систолическое давление в нём — до 60 мм рт.ст.
- II стадия — выраженный стеноз с характерными клиническими проявлениями. Систолическое давление в ПЖ -60-100 мм рт.ст.
- III стадия — резкий стеноз с правожелудочковым давлением более 100 мм рт.ст. Тяжёлое течение, признаки нарушения кровообращения.
- IV стадия — декомпенсация. Характерны дистрофия миокарда, тяжёлая степень нарушения кровообращения. Систолическое давление в ПЖ может быть не очень высоким, т.к. развивается его сократительная недостаточность.

ДИАГНОСТИКА

ЭКГ-да болатын белгілер:

- а) оң жақ қарынша гипертрофиясының белгілері;
- б) Гис будасының оң жақ сабағының блокадасы.

ФКГ-да анықталады:

- а) III аускультациялық нуктеде ромб немесе ұршық тәрізді шу тіркеледі;
- б) өкпе артериясы үстінде II тон амплитудасының төмендеуі.

Ангиография: оң жақ қарыншаның ұлғайғаны және ақауға тән контраст заттың оң жақ қарыншадан қалыпты күймен салыстырғанда баяу жойылатыны көрінеді.

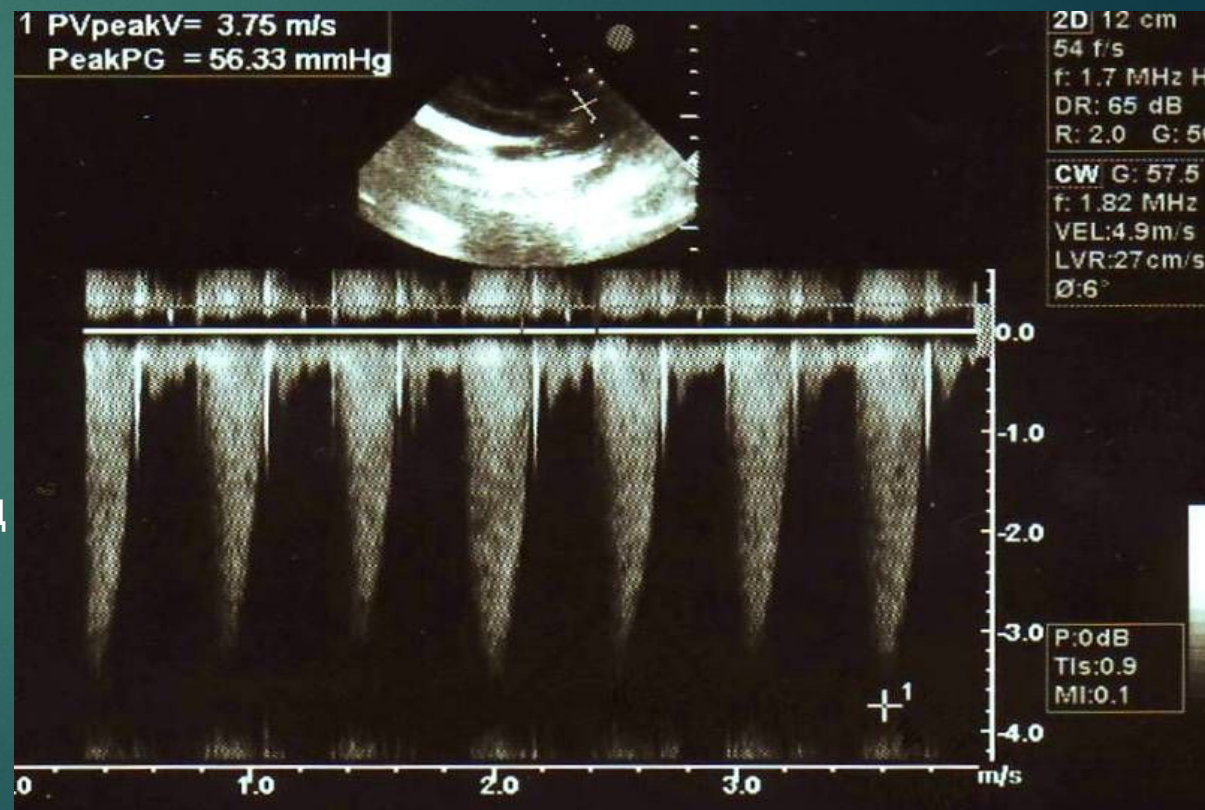
Рентгенологиялық тексергенде өкпе артериясы бағанының шығып тұрғаны және пульсациясы (қақпақтық стенозда), өкпе суретінің көмескіленуі, оң жақ қарынша мен оң жақ жүрекшенің гипертрофиясы көрінеді.

Катетерлеу. Катетерді өкпе артериясынан оң жақ қарыншаға тартып шығарар кезде систоалық қысымның көтеріліп, диастолалық қысымның түсіп кеткені тіркеледі. Өкпе артериясындағы систоалық қысым қалыпты күйде немесе төмендеген. Бұл мәліметтер оң жақ қарынша - өкпе артериясы аралығында қысым градиенті (айырмашылығы) барын көрсетеді.

Эхокардиографияда өкпе артериясы қақпақтарының жармаларының қалыңдағанын, олардың толық ашылмайтынын көрсетеді. Допплерэхокардиография өкпе артериясы бағанындағы систоалық турбуленттік қан ағынын көрсетеді, оның көмегімен оң жақ қарынша - өкпе артериясы бағанының арасындағы қысым айырмашылығын өлшеуге болады.

Суретте өкпе артериясының стенозы.

ЭхоКГ, парастернальды позиция: жүректің қысқа өсі. Өкпе артериясы қақпақтары жармаларының астында үздіксіз – толқынды доплер көмегімен турбулентті систоалық ағын тіркелген (қысым айырмашылығы с.б. 56 мм-і).



Дифференциалды диагностика

- ▶ Өкпе артериясы сағасының стенозын:
 - ашық артериялық түтіктен және
 - жүрек перделерінің (қалқаларының) кемістігінен ажырата білу керек.

- ▶ Емі. Дәрімен емдеу жалпы ережелер бойынша іске асырылады (жүрек әлсіздігін және басқа асқынуларды емдеу).

Негізгі емдеу әдісі – хирургиялық ем.

Хирургиялық ем көрсетпелері:

- 1) II дәрежелі стеноз (клиникалық белгілері бар);
- 2) III дәрежелі стеноз.

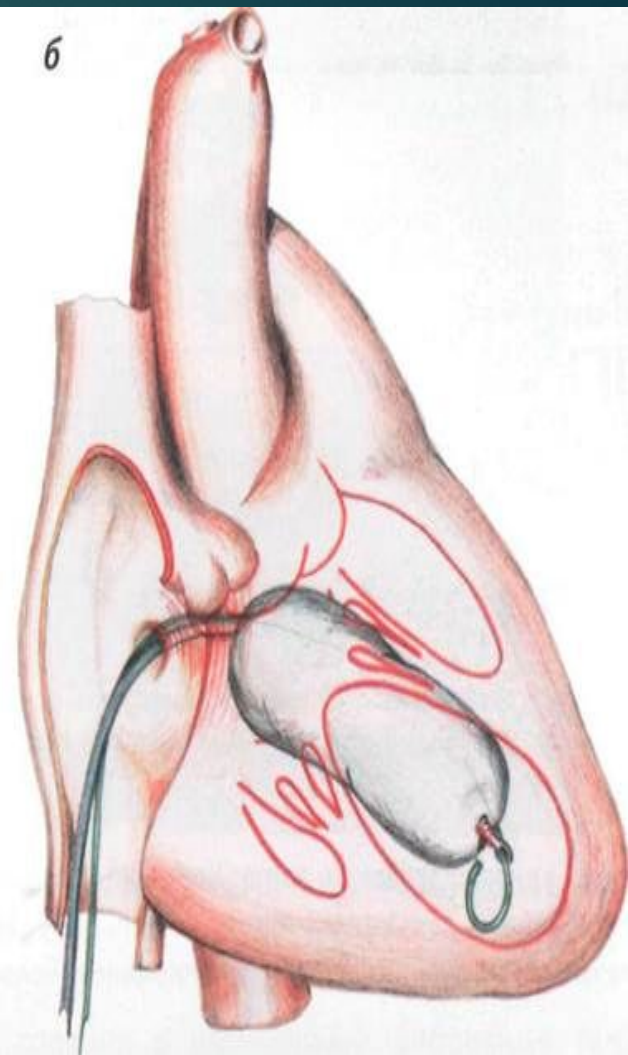
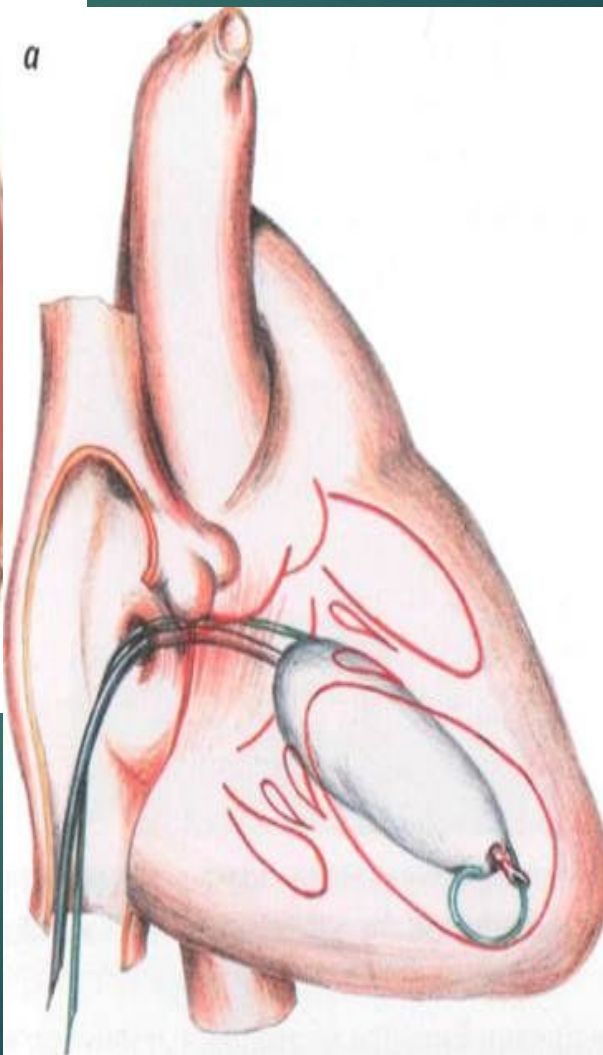
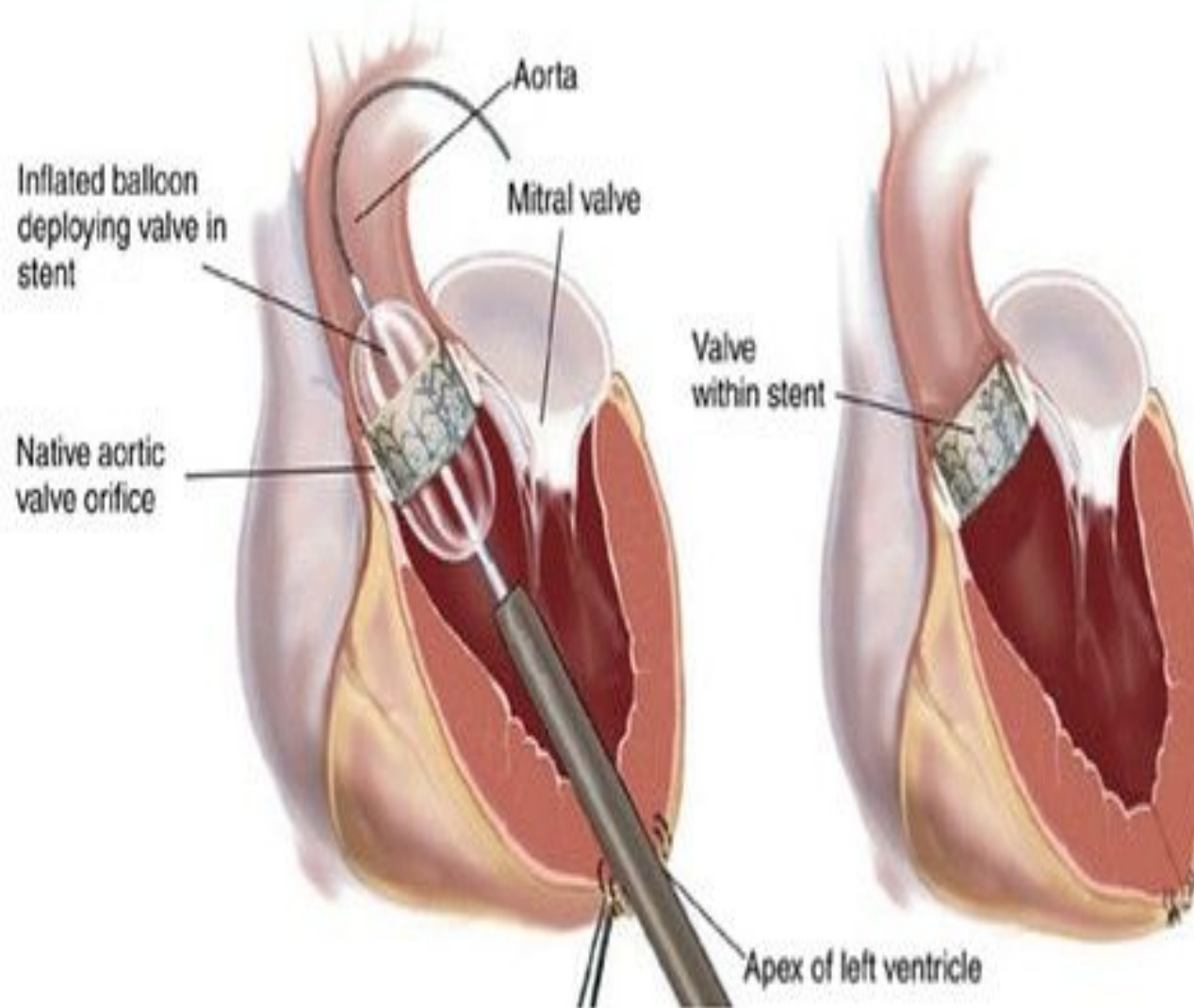
Қарсы көрсетпелер: 1) жүрек әлсіздігінің дистрофиялық сатысы
а) ауыр қосымша патология.

Вальвулопластика операциясы қолданылады.

- ▶ valvoplasty (Хирургическая операция, предпринимаемая с целью восстановления деформированного сердечного клапана)

Катетерлі баллонды вальвулопластика

- ▶ Бұл процедурада перифериялық тамыр арқылы оң жақ қарынша катетерлейді. Катетер өкпе артериясына баратын оң жақ қарыншаның тарылған бөлігіне жетеді, онда катетердің баллоны үлкейеді. Үлкейген баллон созылады және тарылған аймақты кеңейтеді. Бұдан кейін баллон жарылып, катетер тарылған бөліктен шығып кетеді.
- ▶ Егер баллонды вальвулопластика жасау үшін өкпе артерия қақпақшасы өте тар болатын болса, гомографты материал қолданылады (адам организмнен алынған криоконсервирленген тіні).
- ▶ Барлық операцияның мақсаты өкпе артериясы қақпақшасының қалыпты функциясын сақтап қалу болып табылады. Науқастар көбінесе баллонды вальвулопластикадан кейін сол күні клиникадан шығып кетеді, операциядан кейін қайта қалпына келу асқынусыз өтеді және стационарда 3-5 күн қалу керек. 98% операция оң нәтиже көрсетеді.



- 
- ▶ Асқынулары:
 - ▶ 1) кенеттен болатын өлім;
 - ▶ 2) өкпе артериясының тромбоэмболиясы;
 - ▶ 3) инфекциялық эндокардит;
 - ▶ 4) оң қарыншалық жүрек әлсіздігі.

Қорытынды

- ▶ Жүректің туа пайда болған ақаулары. Туғанан пайда болған жүрек кемістігі іште жатқан кезде жүректің жаратылу эмбриогонезінің бұзылуынан, туған уақытына дейін бір қалыпқа келіп үлгермеуінің әсерінен болады. Барлық жүрек ауруларының ішінде бұл аурулар 1-2% шамасында. Барлық туған балалардың 0,3-0,4% жүректің және магистралды қан тамырларының кемістігімен туады. Жүрек кемістігінің жіктелуі өте күрделі болып келеді. Ертедегі жіктелулерде клиникалық белгілері бойынша жүрек кемістігін екіге бөлген: 1.цианозбен (синие пороки) 2. цианозсыз Ал қазіргі жіктелу бойынша кіші қан айналым шеңберінің гемодинамикалық бұзылуларына байланысты жүрек кемістіктерін үш топқа бөледі; 1.Толу кемістігі (гиперволемиямен) 2.Кедейленген кемістік (гиповолемиямен)

Пайдаланылған әдебиеттер:

- ▶ Педиатрия. I том. Б.Х.Хабижанов, С.Х.Хамзин. Алматы 2012.
--бет322-323—
- ▶ www.google.kz