

# СӨЖ

Тақырып: Респираторлық дистресс-  
синдромының  
морфологиялық сипаттамасы.

Орындаған: Маханова А.  
Қабылдаған: Сисенбина Д.  
Тобы: ЖМ-205

# Жоспар:

## □ Кіріспе

### □ Негізгі бөлім

А) РДС туралы түсінік.

Ә) РДС клиникасы, патогенезі.

Б) РДС балалардағы ерекшелігі.

В) РДС синдромының  
медикаментозды  
терапиясы.

## □ Қорытынды

# РЕСПИРАТОРЛЫ ДИССТРЕСС СИНДРОМЫ

–альвеолярлы  
капиллярлы мембраналардың  
өткізгіштігінің жоғарылауымен және  
клиникалық рентгенологиялық,  
физиологиялық бұзылыстарының  
ассоцирлеуші кешендерінің бұзылуымен  
байланысты анықталатын қабыну  
синдромы.



РДС қазіргі уақытта хирургия және терапияда жиі кездесетін клиникалық синдром болып табылады.

РДС-тің дамуына:

- ✓ өткір шаншулы аурулар
- ✓ өкпенің эпителиальды және эндотелиальды зақымдалуы
- ✓ өкпе ісінуінен жедел тыныс алу жетіспеушілігі пайда болады.

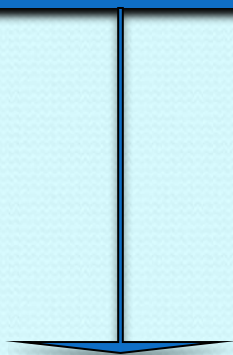
РДС-тің басталуы жедел болады, ол бірнеше күнге кейде аптаға дейін де созылады.

Мынадай қатерлі факторлармен байланысты туындайды:

- ❖ артериальды гипоксемия
- ❖ оксигенотерапияның резистенттілігіне
- ❖ диффузды рентгенологиялық инфильтрат



**Ең жиі  
себептері**



**Шок**

**Сепсис**

**ДВС-синдромы**

**Жедел панкреатит**

**РДС  
себептері:**



Өкпенің «тура», сонымен қатар «тура емес» зақымдануы. «Тура емес» механизмінде РДС өкпеден тыс аурулар есебінен туындайды, бұл кезде өкпе зақымдалуынан организмде қабыну процесі пайда болады.

## ***РДС патогенезі.***

Негізінен қабыну процесі жатады. Қабыну кезінде гуморальды және жасушалық элементтер қатысады. Гуморальді бөлімінде өнімдердің және әртүрлі активациялық жүйелердің жоғарлауы, яғни комплемент жүйесі, азот тотығы, тромбоцитарлы факторларын қоса. Жасушалық бөліміндегі қабыну процесі адгезия, хемотаксис және нейтрофилдер, макрофагтар, лимфоциттер активация процестерінен құралады.



## ***Клиникалық көрінісі.***

РДС-ң басталуы алғашқы 12-48 тәулікте болады, бірақ кейбір кездерде 5-күннен кейін де көрінуі мүмкін. РДС-і бар науқас көбіне диспноэға, кеуде қуысының ыңғайсыз сезімге (дискомфорт), құрғақ жөтелге шағымданады, бірақ бұл симптомдар кеуде қуысының рентгендік деректерінен көрінуінен өкпенің диффуздық инфильтратының дамуы бірнеше сағатқа асып кетуі мүмкін.



Ауырудың ерте кезеңінде науқаста қозғыштық, газ алмасуы бұзылуының жоғарылауында-тежелу, есеңгіреу, гипок-сиялық кома дамуы мүмкін. Сонымен қатар РДС-і бар науқастарда гипертермия және артериялық гипотензия байқалады.

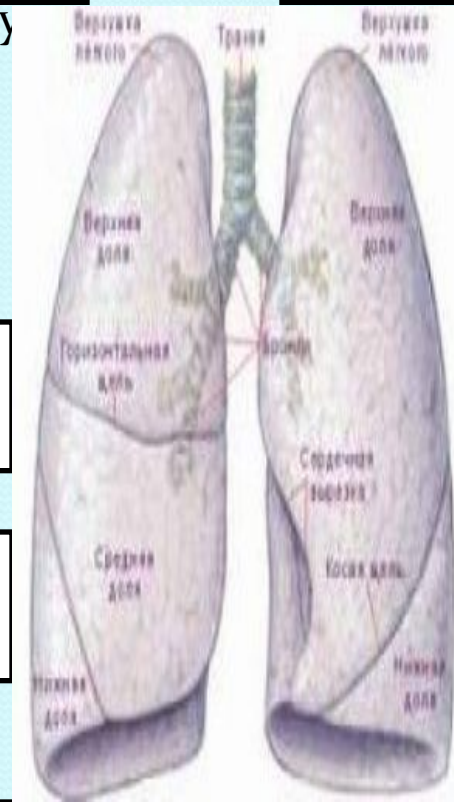
- **Өкпенің диффузды инфекциялары;**
- **Сұйықтық аспирациясы;**
- **Сепсис;**
- **Жүрек және өкпе алмастырудан кейінгі жағдай;**
- **Токсикалық газдарды жұту;**
- **Өкпе ісінуі;**
- **Иммунды аутоагрессия аурулары;**
- **Шоктық жағдайлар.**



Альвеолярлы-капиллярлы мембрананың тікелей зақымдалуы

Альвеолярлы-капиллярлы мембрананың жанама зақымдалуы

Сепсис;  
Өкпелердің инфекциялық зақымдалуы;  
Жүйелік аутоиммунды аурулар;  
Геморрагиялық панкреатит;  
Өкпе артериясының эмболиясы



Капиллярлар өткізгіштігінің жоғарылауы

Сурфактант көлемінің азаюы

Өкпенің интерстициальді және альвеолярлы ісінуі

Өкпенің диффузионды қызметінің төмендеуі

Жедел тыныс жетіспеушілігі

дозировкасы жоғары

Балалардағы респираторлық дистресс-синдром – инфекциялық емес патологиялық үрдістер, пренатальдық және пренатальдық емес кезеңдегі балалардағы тыныстың жедел жетіспеушілігі. Әдетте респираторлық дистресс-синдромы орташа есеппен 60%-і балаларда кездеседі.



Жаңа туған нәрестелердің респираторлық дистресс-синдромы тыныстың жедел жетіспеушілігінің бір көрінісі болып табылады. Жаңа туған нәрестелерде сурфактанттың жетіспеушілігі оларда респираторлық дистресс-синдромының себебі болуы мүмкін. Ол өкпенің интерстициалды ісінуімен және көптеген ателектазбен көрінеді. Бұл кезде газдардың альвеолярлы-капиллярлық мембрана арқылы диффузиясы бұзылады және тыныстың жедел жетіспеушілігі дамиды.

## Этиологиясы, патогенезі.

Көбінесе жетілмей қалған балаларға анасынан акушерлік анамнез кезінде беріледі (жүректің жедел жетіспеушілігі, қантты диабет, нефропатия, жатырлық қан кетулер). Гипоксия, гиперкапния және асфиксия белгілері байқалады. Гипоксия мен гиперкапния әсерінен өкпенің қанайналым бұзылыстары байқалады. Көптеген балалар асфиксия мен гипоксия жағдайында туады, бірақ тыныс жетіспеушілігі бірден байқалмайды, туғаннан кейін бірер сағаттан кейін байқалуы мүмкін.



# Емдеу

Емдеу өте күрделі. Адам бірден ауруханаға жеткізілуі керек, онда анализдер жүргізіп, емдеуді бастайды.

Ал қажет жағдайда оттегімен қамтамасыз етеді де, жасанды тыныс алуға ауыстырады. Емдеу әдетте реанимация бөлімдерінде жүргізіледі.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Ж.Ахметов “Патологиялық анатомия”

2. А.И.Струков

“Патологическая анатомия”

3. [www.google.com](http://www.google.com)





**Назарларыңызға  
рахмет!!!**