

МЕББМ ҚАЗАҚСТАН-РЕСЕЙ
МЕДИЦИНАЛЫҚ
УНИВЕРСИТЕТІ



НУО КАЗАХСТАНСКО-
РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Созылмалы өкпелік жүрек

Орындаған: Оспанова Айжан
Тобы: 603 АГ

Жоспар:



- I. Кіріспе.
- II. Негізгі бөлім.
 - *Өкпелік жүрек классификациясы.*
 - *Созылмалы өкпелік жүрек этиологиясы және патогенезі.*
 - *Созылмалы өкпелік жүрек клиникалық бейнесі.*
 - *Созылмалы өкпелік жүрек диагностикасы.*
 - *Емдеу принциптері.*
- III. Қорытынды.
- *Пайдаланылған әдебиеттер.*

Өкпелік жүрек – бронх пен
өкпенің ауру фонында
дамитын өкпелік артерияның
қысымының жоғарылауы
нәтижесінде жүректің оң жақ
бөлігінің гипертрофиясы мен
дилатациясы.

Классификациясы:

Өкпелік гипертензияның даму темпіне байланысты ажыратады:

1. Жедел өкпелік жүрек - бірнеше минутта дамиды.
2. Жеделдеу - бірнеше айларда дамиды.
3. Созылмалы - бірнеше жылда, пневмония) дамиды (созылмалы бронхит, өкпе эмфиземасы, бронхиалды астма, пневмония).

Б.Е.Вотчалдың 1964 жылы ұсынған ұсынысы бойынша созылмалы өкпелік жүректің негізгі үш түрін ажыратады:

1. Васкулярлы,
2. Бронхоөкпелік,
3. торакодиафрагмалық.

Өкпетекті жүректің васкулярлы түрі

мынандай жағдайларда дамиды:

1. Өкпелік васкулиттер
2. Өкпенің біріншілік гипертензиясы
3. Таулық ауру
4. Рецидив беруші өкпе артериясының тромбоэмболиясы
5. Өкпе резекциясы.

БРОНХОӨКПЕЛІК ТҮРІ

өкпе паренхимасы ман бронхтарының диффузды бұзылыстары кезінде байқалады:

1. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы, бронх астмасының ауыр ағымы кезінде,
2. бронхиолитте, созылмалы обструктивті бронхитте, өкпе эмфиземасы,
3. диффузды пневмосклерозде және өкпе фиброздарында
4. спецификалық емес пневмонияның соңында,
5. туберкулезе, пневмокониозда, саркоидозда, Хаммен-Рич синдромында (диффузды фиброздаушы альвеолит),
6. Рестриктивті үрдістерде - фиброздар және гранулематоздар.

ТОРАКОДИАФРАГМАЛЫҚ ТҮРІ

өкпелік жүрек өкпедегі қан айналымының және вентиляция бұзылыстары кезінде дамиды:

Кеуде қуысының деформациясында (кифосколиоздар және т.б), плевраның, диафрагманың патологиясы , (торакопластикада, фиброторакста, Бехтерев ауруында),

пиквик синдромында,

түнгі апноэ синдромында.

Этиология және патогенез

Көптеген тыныс алу мүшелерінің аурулары созылмалы өкпелік жүректің дамуына әкеліп соғуы мүмкін. Айтып кеткенде созылмалы өкпелік жүректің дамуына бронхтық астма, өкпе қатерлі ісігі, созылмалы бронх обструкциялық сырқаттары себеп болады. Осы аурулар барысының нәтижесінде кіші қан айналым шеңберінде қысым жоғарылайды, жүректің оң бөлігіне күш түседі. Альвеоларда газ алмасу дәрісі бұзылып, артериялық қанда оттегі мөлшері азаяды. Кеуде қуысының қысымы артады, тыныс алу қиындайды.

Клиникалық бейнесі

Негізгі клиникалық белгілері жүрек жұмысының жеткіліксіздігімен сипатталады. Созылмалы өкпетекті жүректің бастапқы кезеңінде жүрек қызметі жеткілікті. Аурудың клиникасы себепші сырқаттың белгілерімен сипатталады. Тексергенде оң қарыншаның ұлғайғаны анықталынып, құрсақ үсті бұрышынан жүрек лүпілі көрінеді. Жүрек жұмысының жеткіліксіздігі дамыған жағдайда созылмалы өкпелік жүректің белгілері айқын көрініс береді.

Клиникалық бейнесі



- Науқастың тынысы тарылып, ентігеді.
- Жалпы диффузды цианоз білінеді.
- Мойын көк тамырлары қанға толып, айқын білінеді.
- Жүрек жиі қағады, аяқтары ісінеді.
- Бауыр ұлғайып ауырсынады.
- Қозғалыс қабілеті төмендейді.
- Жүрек жұмысының жеткіліксіздігінің соңында ағзаның бүкіл мүшелері зақымданады, гипоксия өршіп ацидоз дамиды.
- Қан анализінде эритроциттер мен гемоглобин мөлшері көбейеді, ЭТЖ 2-4 мм/сағ дейін бәсеңдейді.

Диагностикалық критерийлері:

- • Экспираторлы сипаттағы ендікпе, әлсіздік, тершеңдік, жүрек аймағындағы ауру, диффузды «жылы» цианоз, мойын веналарының ісінуі, әсіресе дем шығарғанда, саусақтарының барабан таяқша тәрізді, тырнақтарының сағат эйнектері сияқты өзгерісі.
- • Наукастарда ісіну, ортопноэ, теріастылық веналарының кеңеюі, тыныс алғанда жоғалмайтын эпигастральді пульсация, гепатомегалия.
- • Объективті оң қарыншаның гипертрофиясы, жүректің шекарасының оңға ығысуы, жүрек тондарының әлсіздігі, II-III акцент, оң қарыншаға күш түсуі (R тісшесінің У1-2дегі ұзын болуы) және S тісшесінің V5-6 -дағы ұзын болуы. T тісшесінің инверсиясы болуы мүмкін.

- • ЭхоКГ кезінде жүректің оң жақ бөлігінің гипертрофиясы мен дилатациясы, өкпе артериясының қысымының жоғары болуы.



- • Қан анализінде эритроцитоз, гематокрит жоғары, қанның қоюлануының жоғарылауы.
- • Жүрек жеткіліксіздігі дамуында зәр анализінде протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия анықталады.

Емі

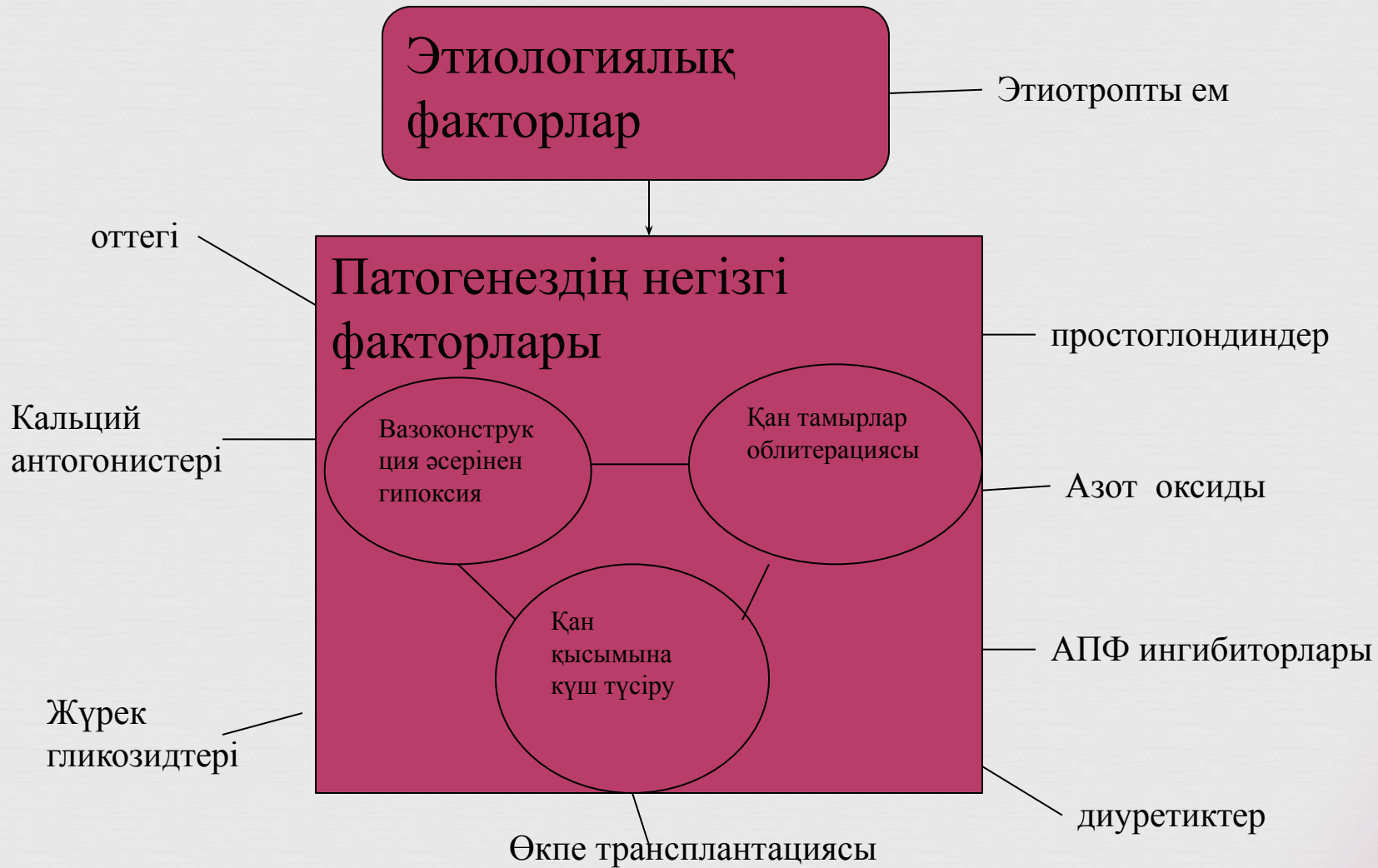
Негізгі ем қағидалары кіші қан айналым шеңберінде қысымды төмендетіп жүрек жұмысын жақсарту болып табылады.

Осы мақсатпен көк тамырға 2,4% – 10 мл эуфиллин ерітіндісін жібереді.

Жүрек жұмысын жақсарту мақсатымен жүрек гликозидтерін (строфантин, корглиукон ерітінділерін) тағайындайды.

Сонымен қатар зәр айдайтын дәрі-дәрмектерді (гипотиазид, верошпирон) қолданған жөн. Гипоксияда оттегі берген тиіс. Оттегі тапшылығында қанда көмір қышқылының мөлшері көбейіп ол тыныс орталығын қоздырады. Сондықтан оттегімен емдегенде фосфор қышқылы және сілтілердің ара қатысын мұқият қадағалап отыру қажет: газ қоспасындағы ылғалды оттегінің мөлшері 40-60% болуға тиісті. Бұл қоспа катетермен мұрын арқылы 6-9 л-мин көлемінде 15-20 минут жіберіледі. Тыныс орталығын тітіркендіру үшін әр 2-3 сағат сайын 2 мл кордиамин немесе камфора ерітінділері тері астына жіберіледі.

Өкпелік жүректі емдеу принциптері





Негізгі емдеу принциптері:



стационарлы режім

- Диета № 10 су мен тұзды шектеу
- Оксигенотерапия.
- Антибиотикотерапия:
- Бета-лактамыды антибиотиктер: цефтриаксон 1,0 3 рет күніне б.е; Амоксиклав 1,2 2 рет күніне венаға
- Макролиттер : азитромицин 0,5 көк тамырға 1 рет күніне 3 күн
- Жүрек гликозидтері: т. Дигоксин 0,00025 ½ т 1 рет күніне
- Мочегонді:
- Фуросемид 60 мг 2 рет күніне көк тамырға диурезді бақылаумен
- Т. Альдорон 50 мг 2 т 3 рет күніне
- Муколитиктер: N-ацетилцистеин 0,2 1 т 3 рет күніне 1/3 ст. сумен
- Бронходилататорлар: Беродуал 1 доза 2 рет күніне
- Антиоксиданттар: аскорбин қышқылы ерітіндісі 5 % 6 мл көк тамырға
- АПФ ингибиторы: эналаприл 5 мг 2 рет күніне
- Иммуномодуляторлар – циклоферон 125 мг/мл 2 мл б/е күн аралатып
- Антиагреганттар

Диспансерлеу

- Темекі шегуден бас тарту
- Еңбек және демалыс режимін сақтау
- Диета су мен тұзды шектеу
- Жанұялық дәрігер бақылауында
- Пульмонолог қарауы 1-2 рет жылына.

R- грамма, қанның жалпы анализі және биохимиялық анализ стационардан шыққан соң 3 айдан кейін

- Үнемі бронходилататор қабылдау (беродуал)
- Суықтан сақтану
- Іріңді қақырық бөлінген кезде антибиотикотерапия қолдану
- Созылмалы өкпе текті жүректі емдеу (перифериялық вазодилататорлар, силденафил, диуретиктер тиазидтік қатар + калий-сақтаушы диуретиктер)

Диспансеризация



- Еңбек және демалыс режимін сақтау, аллергиямен қатынастан аулақ болу
- Отбасы дәрігерінің бақылауы
- Пульмонолог қарауы 1-2 рет жылына.
- Жағдайын күнделікті өзіндік бақылау - пикфлоуметрия, күнделік жүргізу
 - Негіздік терапияны үнемі қолдану (ингаляциялық кортикостероидтар); бронходилататорлар (беродуал)
 - Суық тиюден сақтану

Пайдаланылған әдебиеттер

- Қалимұрзина Б.С. «Ішкі аурулар» Алматы. Асем-систем 2007;
- ~~Айтбембет Б.М. «Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы » 2010;~~
- Окороков А.Н. «Диагностика болезней » VII том. 2003;
- Белоконь Н.А. «Болезни сердца и сосудов» I том. 1990;
- Минкин Р.Б. «Болезни сердечно сосудистой системы» 1994;
- KazMedic.kz – қазақ тіліндегі медициналық портал.

**Назарларыңызға
рахмет!**

