

*ЖЕДЕЛ СОЛ ҚАРЫНШАЛЫҚ
ЖЕТІСПЕУШІЛІК КЕЗІНДЕГІ
ДИАГНОСТИКАЛЫҚ АЛГОРИТІМІ*

Дайындаған: Дүйсебаева Э.

Қабылдаған: Алимбекова Л.

ЖМ-202

ІАП пәні

ЖОСПАР

1

Кіріспе бөлім

2

ЖЖЖ диагностикасы

3

ЭКГ-оң және сол жақ қарыншаның жедел жүрек жеткіліксіздігі:

4

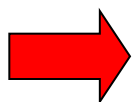
Keуде клеткаларының рентгенографиясы

5

Қорытынды.

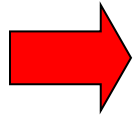


ЖЖЖ диагностикасы



Міндетті түрдегі сұрақтар

- Демікпе қай уақыттан бері мазалайды?
- Демікпе кенеттен басталды ма немесе бірте-бірте үдеді ме?
- Қандай жағдайда демікпе пайда болады (тыныштықта, физикалық жұмыс кезінде және т.б.)?
- Кәзіргі жағдайдың алдында қандай симптомдар болды (кеуде ауыруы, жүрек қағысы, гипертониялық криз және т.б.)?
- Науқас өздігінен қандай ДЗ қабылдады және олардың тиімділігі?
- Жақын арада науқаста миокард инфарктісі болды ма, жүрек жеткіліксіздігі дағдарысы эпизоды?
- Науқас қант диабетімен ауырады ма?



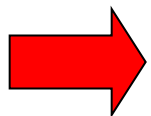
Тексеріс және физикалық зерттеу

Жалпы жағдайын және өмірлік маңызды функцияларын бағалау: сезімталдық, демалуы, қанайналымы.

- **Науқастың күйі:** ортопноэ қажеттілігі.
- **Көзбен шолып бағалау:** тері жамылғылары (бозарған, дымқылдылығы жоғарылаған), акроцианоз қажеттілігі, мойын күретамырларының домбығуы және кеуденің жоғарғы жартысының күретамырлары, перифириялық ісіктер (аяқ-қолдардың ісінуі, асциттер).
- **ТАҚЖ санау:** тахипноэ.
- **Пульс тексеру:** дұрыс немесе дұрыс емес.
- **ЖЖЖ санау:** тахикардия немес сирек брадикардия.
- **АҚ өлшеу:** гипотинияның болуы (миокардтың ауыр зақымдануы) немесе гипертензия (ағзаның стрессті жауап кезінде); СӘҚ төмендеуі <90 мм рт.ст. естен тану белгілері болып табылады.
- **Перкуссия:** жүректік кешелікке қатысты шекараның оңға немесе солға үлкеюі. (кардиомегалия).
- **Пальпация** ауыратын бауырдың үлкеюін, дүмпу төбесінің жылжуын анықтауы мүмкін.

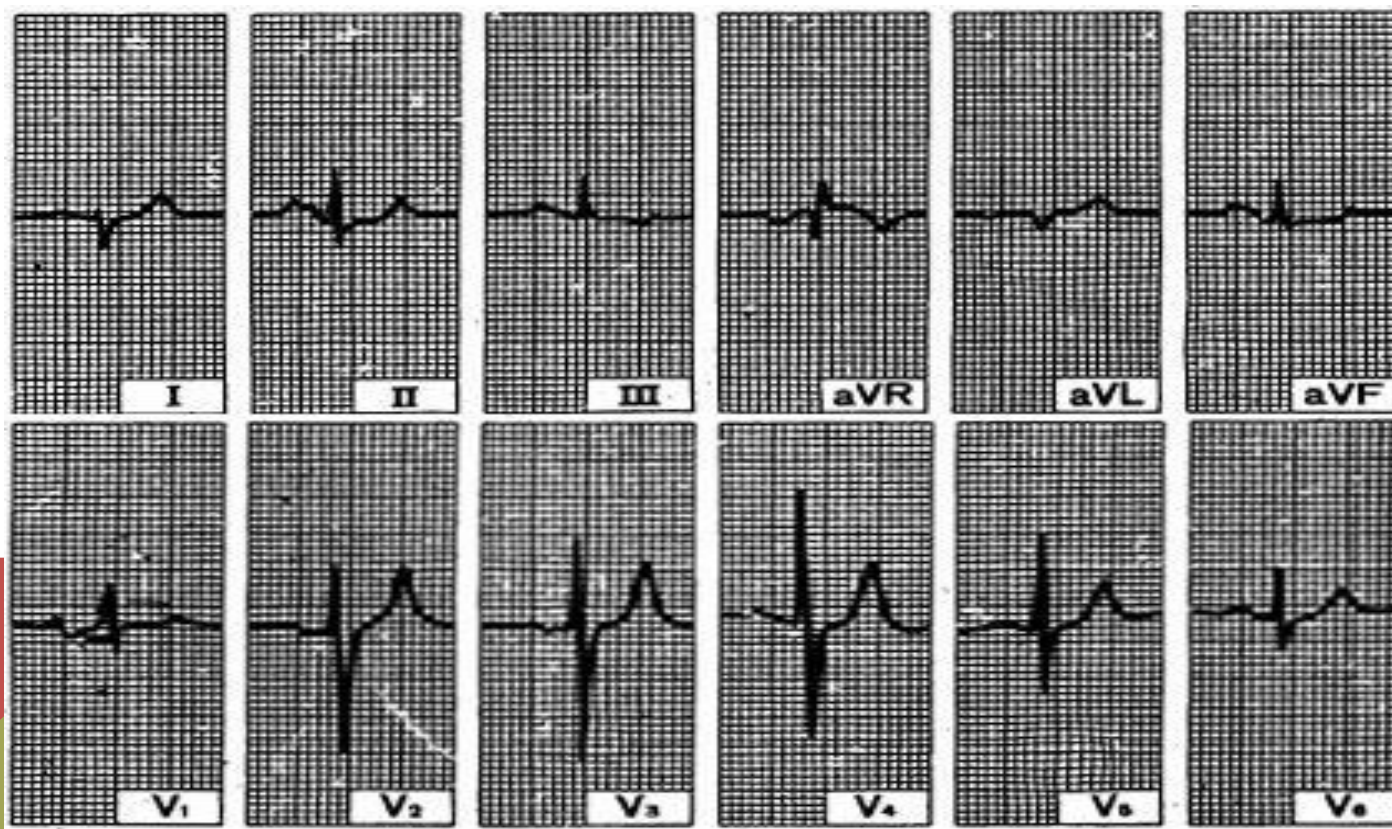
Жүрек және тамырлардың аускультациясы

- **Сол жақ қарыншалы жедел жүрек жетіспеушілігі кезінде – экстратонды протодиастолиялық ырғағы, жүректің жоғарғы бөлігіндегі систолоикалық шуылы;**
- **Оң жақ қарыншалы жүрек жетіспеушілігі кезінде - өкпе артериясына ырғақ II тонға жоғары, экстратонды ырғағы, таңбаланған өсіндінің үстінен систоликалық шуыл.**
- **Өкпенің аускультациясы: дымқыл сырылдың болуы.**



Инструменталды зерттеулер

ЭКГ-ны 12 бұрылысқа тіркеу. Тахикардия жедел жүрек жеткіліксіздігінің тұрақты белгісі болып табылады.



ЭКГ-оң жақ қарыншаның жедел жүрек жеткіліксіздігі:

- *R* тісшесінің өсуі V2 алшақтануында,
- *S* терең тісшесі Vd_6 алшақтануында,
- *ST* депрессиясы I, II, aVL алшақтануында,
- *STB* көтерілуі III, aVF, V2 алшақтануында

Гиса шоғырының оң жақ аяғының блокадасы,

- III, aVF, Vw алшақтануындағы *T* сұмырай тісшелер

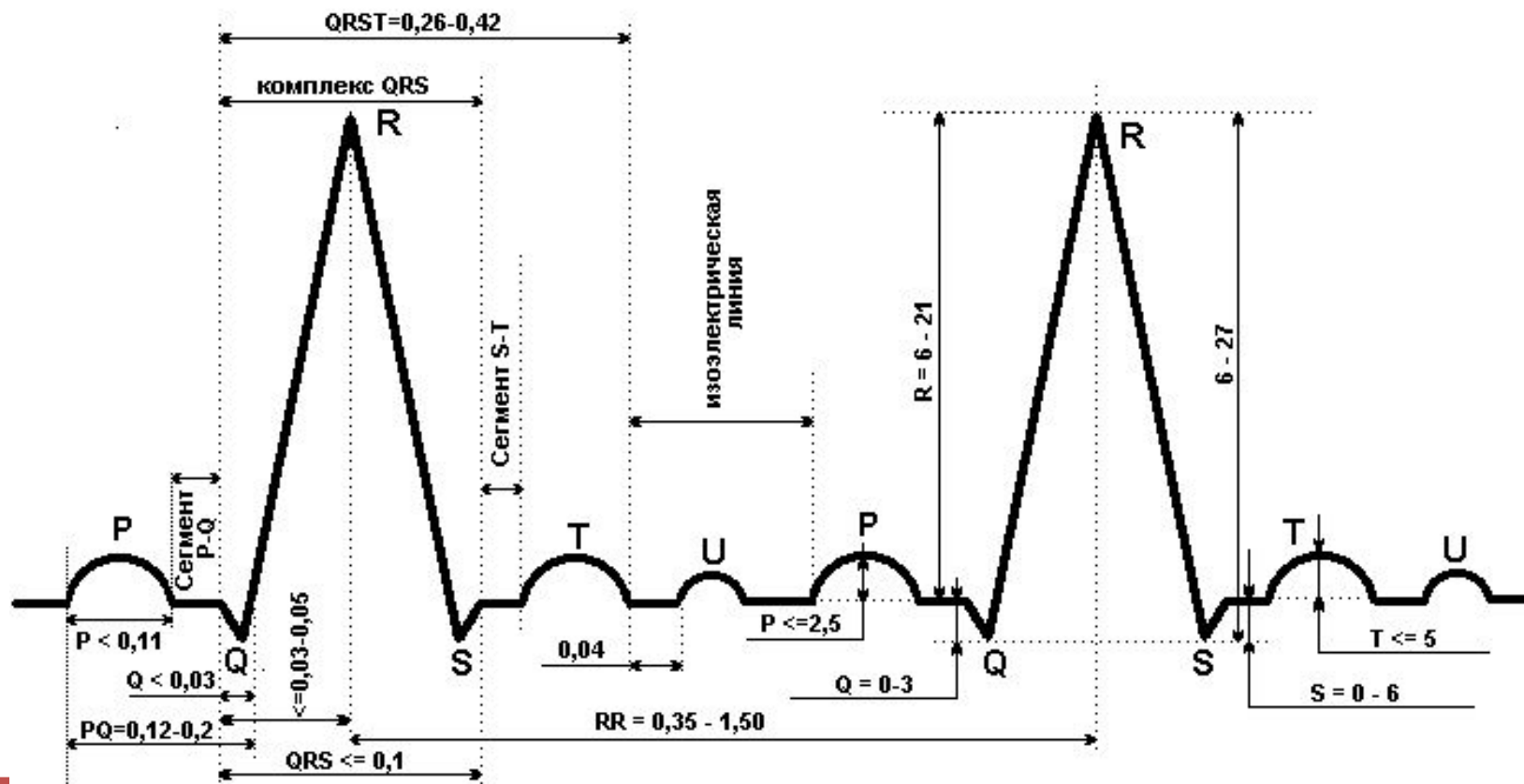
II, III алшақтануындағы *P* тісшелері.

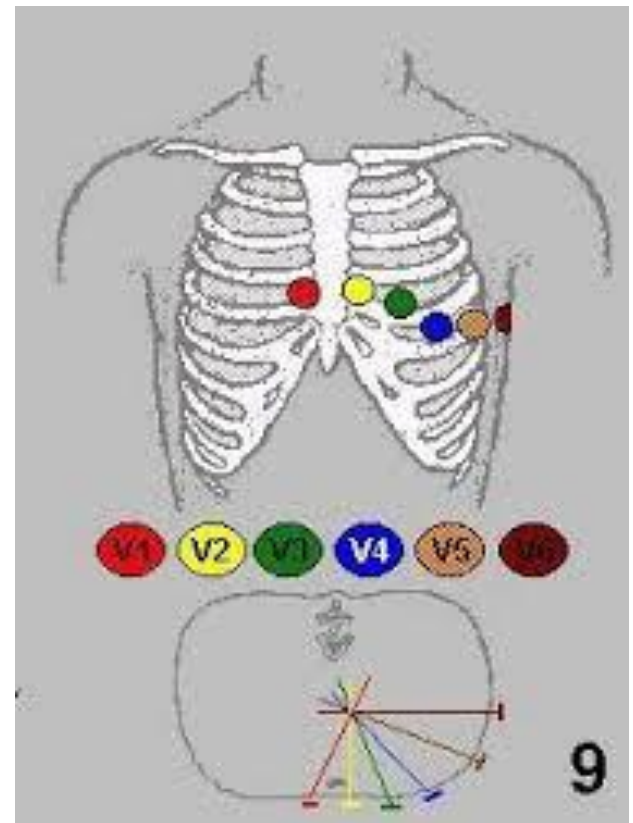
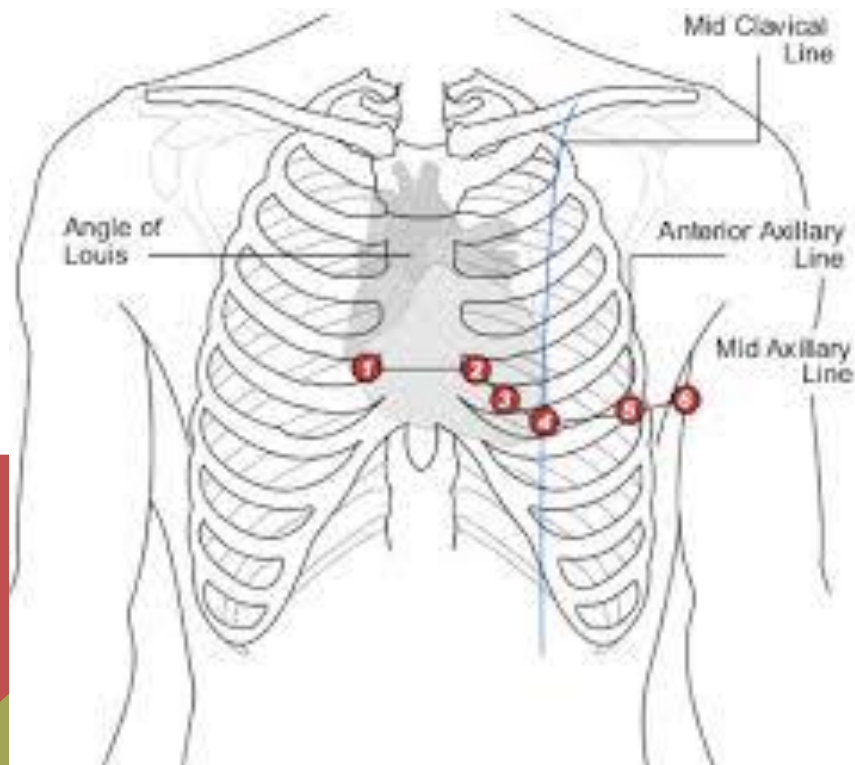
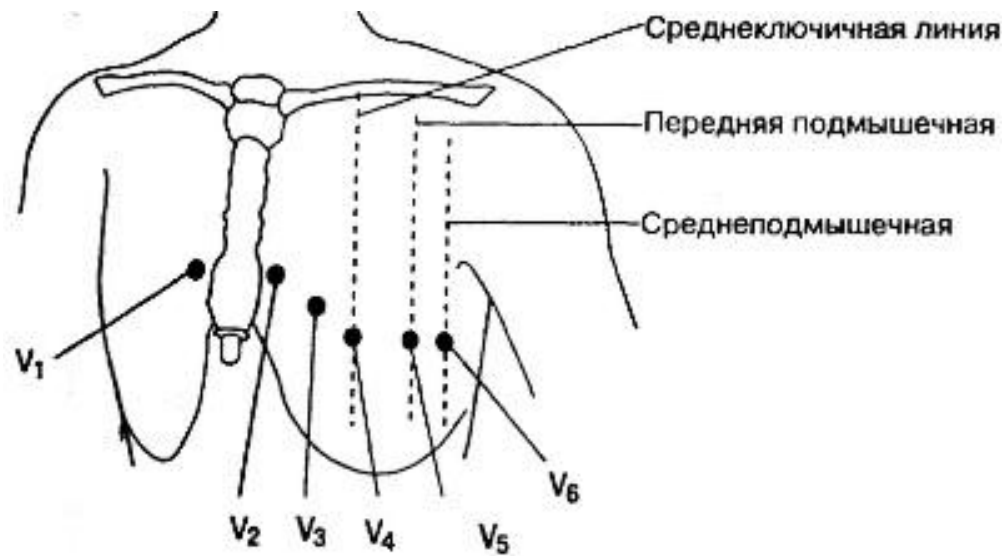
ЭКГ- сол жақ қарыншаның жедел жүрек жеткіліксіздігі:

- I, II aVL, V5-6 алшақтануындағы *P* тісше амплитудасының 2 еселенуі немесе үлкеюі
- амплитуданың үлкеюі және *P* тісшесінің екінші кері фазасының жоғарылауы немесе V алшақтануында *P* тісшесінің кері құрылуы
- кері және екі фазалы тісше /*, (непостоянный признак),
- *P* тісшесінің арақашықтығының үлкеюі — 0,1 с бетер.

* Бұрын шешілген ЭКГ болған кезде, пайда болған немесе басталған жүрек патологиясын бағалау қажет. Ырғақтың бұзылуы анықталғанда кезде келісті ем жүргізіледі.

Қалыпты жағдайда

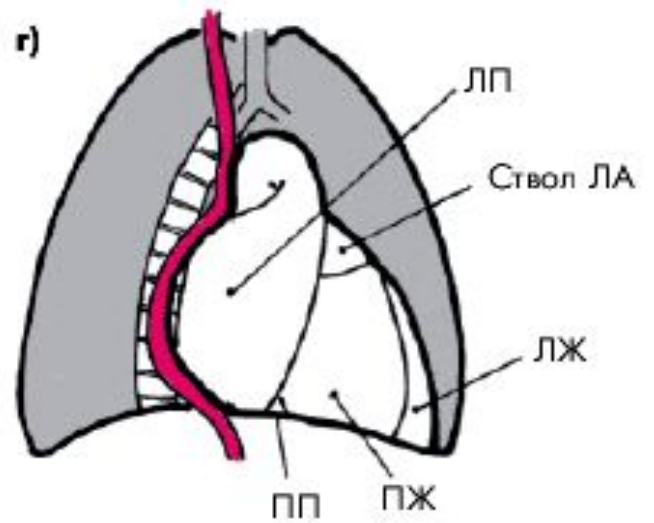
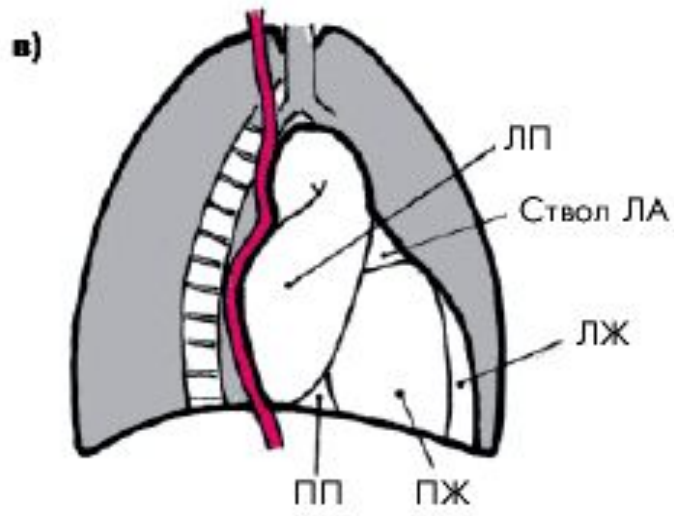
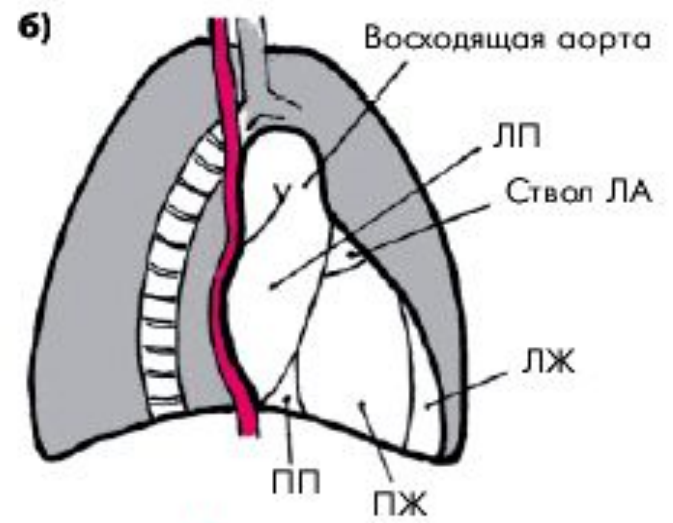
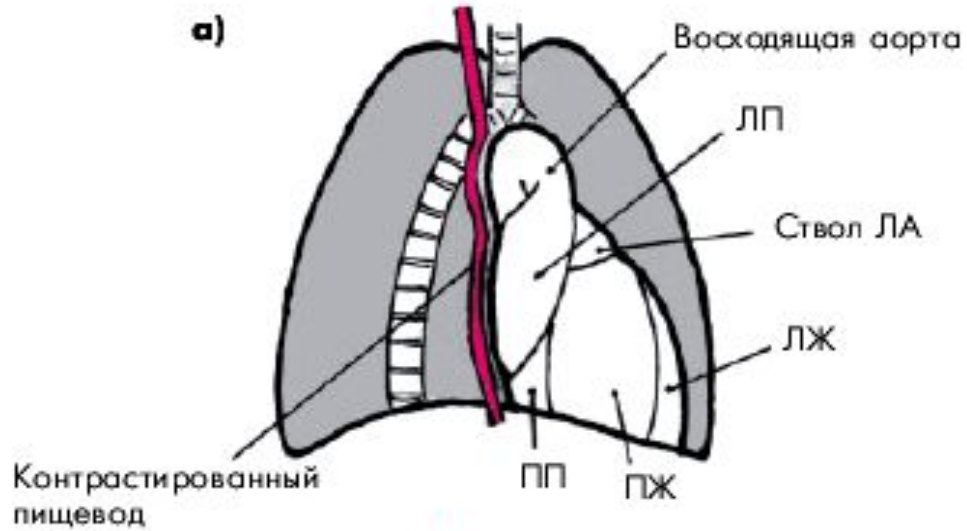




Жүрек көлеңкесінің айқындығы және ауқымын бағалау үшін кеуде клеткалары рентгенографиясынан ЖЖЖ-ға шалдыққан барлық науқастарды мүмкіндік болғанша ерте өткізген дұрыс, сондай-ақ өкпедегі қанның дағадарысын анықтау үшін.

Бұл диагностикалық зертеу диагнозды растауға, сондай-ақ емдеу тиімділігін бағалау үшін де пайдаланылады. Кеуде клеткасының рентгенографиясы сол жақ қарыншалы жеткіліксіздігін өкпенің қабыну ауруынан ажыратуға мүмкіндік береді

Өкпедегі іркілудің рентгенографиялық белгілері өкпелік капелярлардағы жоғарылаған қысымның тура бейнелеуі болмайтыны ескеру қажет; олар ӨАДҚ кезінде 25 мм рт. ст дейін жоқ болуы мүмкін және гемодинамиканың өзгеруіне кеш сезінеді, емдеумен байланыс - кідіріс 12 сағатқа дейін



Рентгенография

Жүрек - сопақ, бойы қиғаш артқа бағытталған, жоғарыдан – оңға, алға, төмен және солға. Сол жақ қарыншадан қолқа, оң жақтан өкпе күре тамыры шығады. Төрт өкпе тамыры сол жақ жүрекшеге құйылады. Оң жақ жүрекшеге жоғарыдан жоғарғы қуыс вена, төменнен төменгі қуыс венасы құйылады.

Көкірек қуысында орналасуы: вертикальді, қиғаш, көлденең.

Вертикальді – 49-590 – астениктерде кездеседі.

Көлденең – 35-420 – гиперстениктерде кездеседі.

Рентгенмен зерттеу 3 бағытта жүреді: 1) қарама-қарсы бағыт;

2) 1-қосымша;

3) 2-қосымша

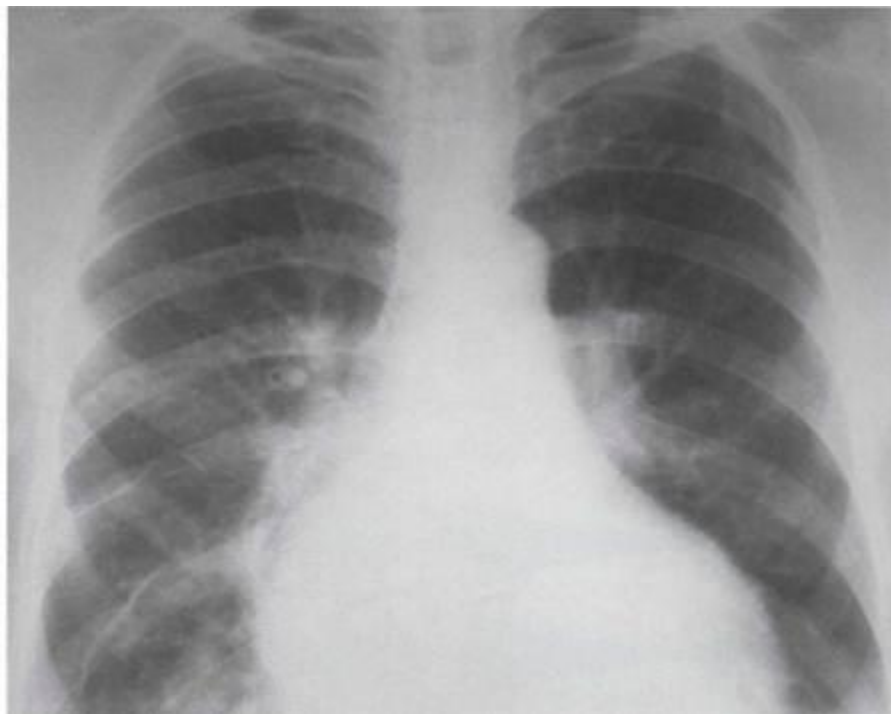
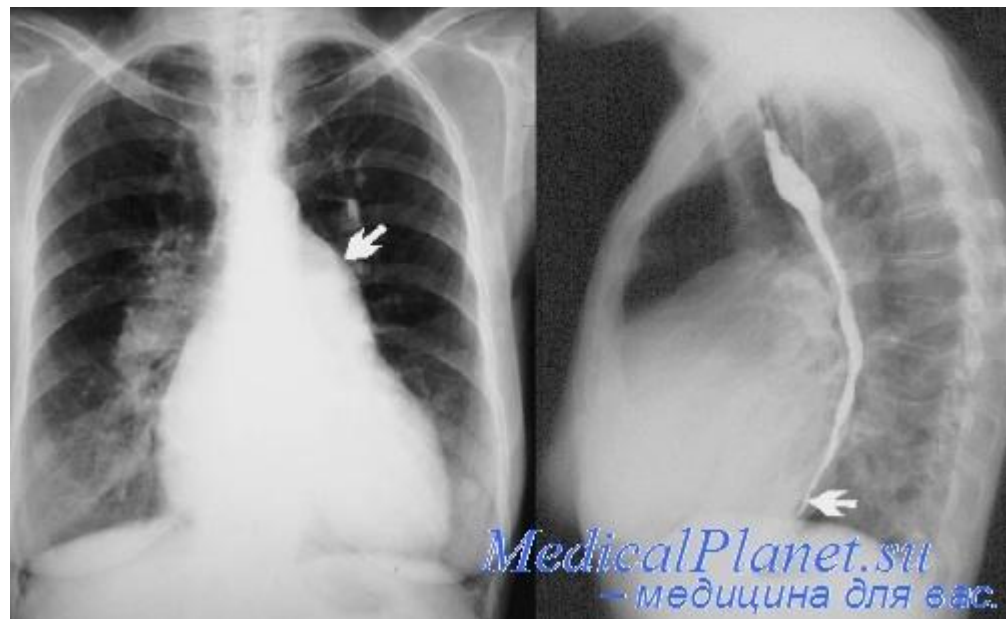
- жүрек асимметриялы: $1/3$ оң жақ, $2/3$ сол жақ.
- оң жақ шеті омыртқадан оңға 2-3 см /бұғананың ортаңғы сызығына жетпейді/

жүрек қисайған овал, гиперстеникте-көлденең, астеникте-тігінен жатады.

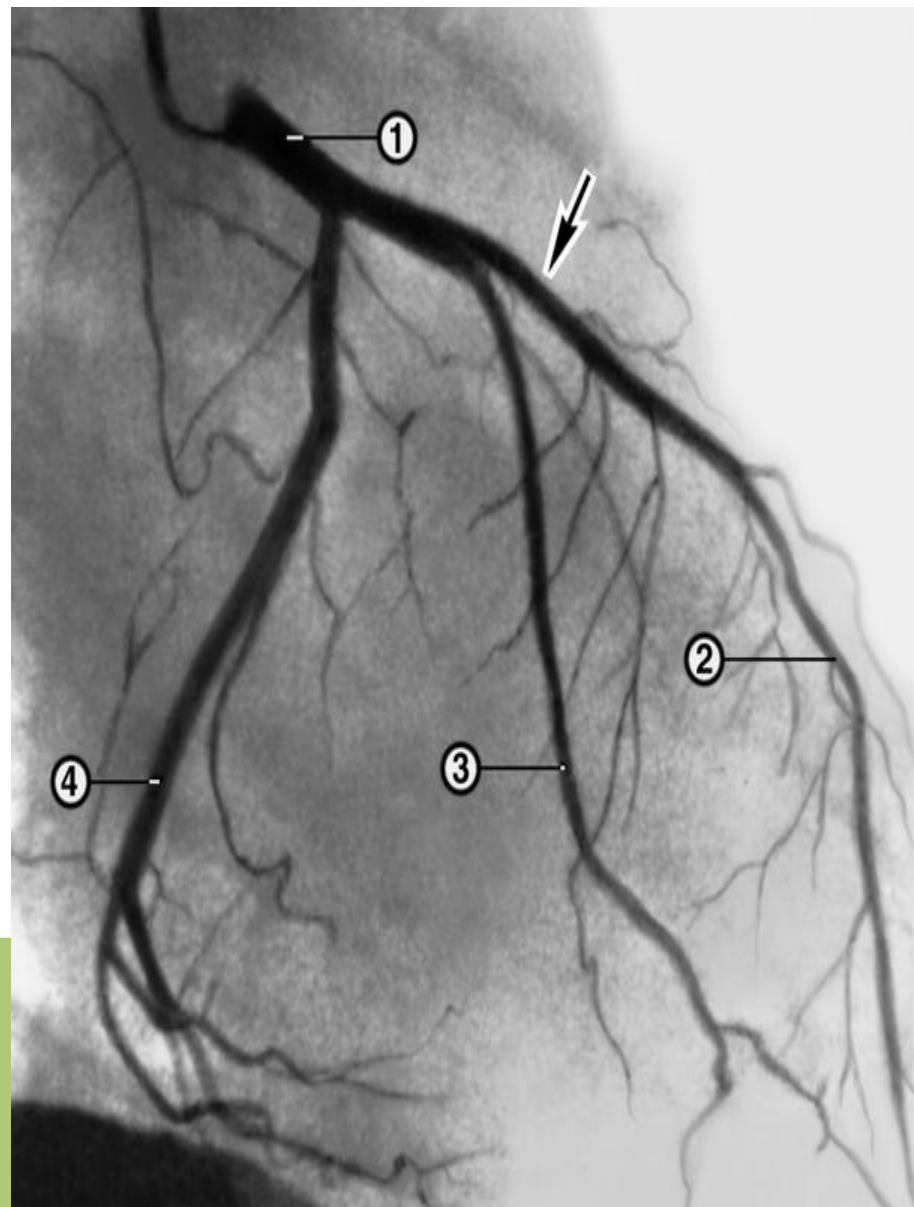


Рентгенологиялық тәсілдер жүректің орнын, формасын, көлемін, контурын, тамырларды, диафрагманы, өкпе алаңын анықтай алады.

Сызықты томография мен компьютерлік томография жүрек-тамыр жүйесінің кесінділерін алып, қосымша морфологиялық ақпарат бере алады.



Коронарография – жүректің тәждік артерияларының патологиялық өзгерістерін, олардың орнын, зақымдалу дәрежесін, қуысын, коллатералды қанайналым жағдайын анықтайды. Көрсетілім: жүректің ишемиялық ауруы.





ЖЖЖ кезіндегі лабораториялық зерттеулер

Зерттеулер	Көрсеткіштер
Тромбоциттер мен қанның жалпы сараптамасы,	Барлық жағдайларда
МНО	Бұрма антикоагулянттар қабылдтайтын пациенттерде және ауыр ЖЖ кезінде
D-димер	Тромбоэмболиялық асқынуға күдік туған кезде (СРВ деңгейі жоғары болғанда жалған оң болуы мүмкін)
Несеп, креатинин, трансаминазы, калий, натрий	Барлық жағдайларда
Қан қанты	Барлық жағдайларда
МВ-фракциялық КФК, жүрек тропониндері 11 немесе Ф	Барлық жағдайларда
Артериалды қандағы газдар	С3 немес СД ауыр болғанда
ВНС немесе NT-proBNP	Мүмкіндік болған жағдайда
Зәр сараптамасы	Барлық жағдайда

Ескерту: басқа лабораториялық зерттеулер қажет болуы мүмкін.



МедикСИТИ
МНОГОПРОФИЛЬНАЯ КЛИНИКА

Ауыр ЖЖЖ-ның барлық жағдайлары кезінде артериялық қандағы газ құрамының инвазивті бағалауы мен параметрлер анықтаулары, оның pO_2 , pCO_2 pH сипаттайтын және зәрулік себебі қажет. СВ өте төменсіз науқастарда оксиметриялы соғу және тыныс алу соңында CO_2 анықталады. Оттектің түсу балансын бағалау үшін және оның қажеттілігін SvO_2 -ды анықтауға болады. Кардиогендік естен тану кезінде және аз шығарылым ұзақ болған жағдайда ЛА-дағы аралас көктамырлық pO_2 – ны анықтауға кеңес береді. Қан плазмасындағы **BNP** және **NT-proBNP** деңгейлері жүректік қарыншаларынан олардың босатылуы есебінен жоғарылайды. Демікпемен ауруханаға жатқызылған науқастарда **BNP >100** пг/мл және **NT-proBNP >300** пг/мл деңгейін ХСН болуын растау немес/және шектеуге пайдалану үшін ұсынылды. Сонымен қатар егде жастағы адамдарда бұл көрсеткіштер жеткіліксіз зерттелген, ал ЖЖЖ-ның тез дамуы кезінде оның қандағы құрамы күндізгі бөлімге түскен кезде қалыпты болып қала беруі мүмкін. Басқа жағдайларда **BNP** немес **NT-proBNP** бірқалыпты деңгейі жоғары дәлдікпен ЖЖ-гін жоқтығын дәлелдеуге мүмкіндік береді. **BNP** немес **NT-proBNP** жоғарылағанда басқа аурулардың жоқ екендігіне көз жеткізу керек, сонымен қатар септицемия және бүйрек жеткіліксіздігі. Жоғары деңгейдегі **BNP** немес **NT-proBNP** қолайсыз болжамдарды куәландырады.

Эхокардиография – ультрадыбыстық тәсілдің В, М-режимін қолдану арқылы жүрек-тамыр жүйесін зерттеу. Бұл тәсіл жүрек-тамыр жүйесін зерттеуде бүгінгі күнде зерттеу алгоритмінің 1-ші орнын алып отыр.

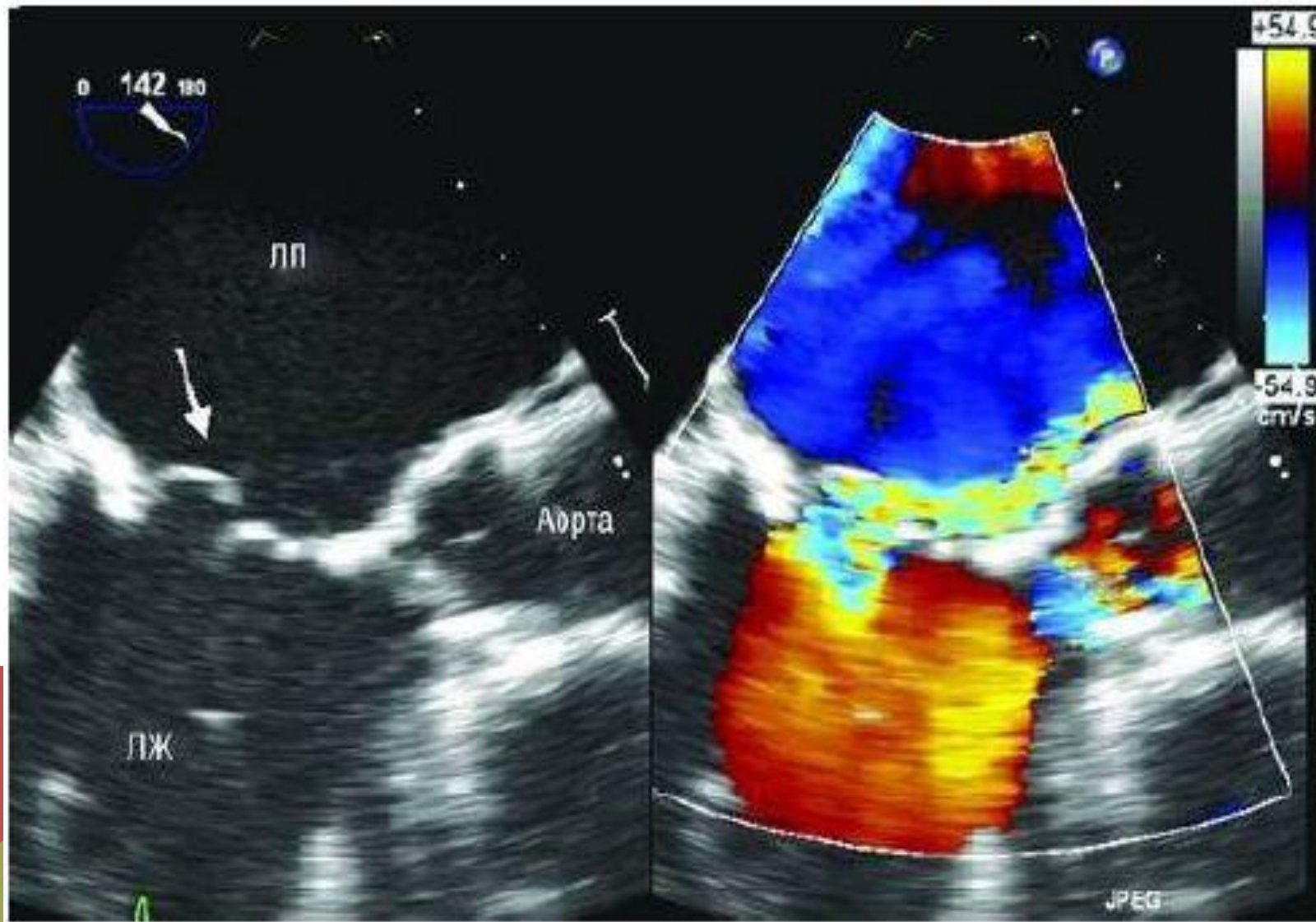
Жүрек пен оның тамырлары негізгі 4 стандартты позицияда тексеріледі:

- *парастернальді*
- *апикальді*
- *субкостальді*
- *супрастернальді*

Допплер-эхокардиографияның 2 түрі бар:

- **үздіксіз-толқынды доплер-эхокардиография**
- **импульсті – толқынды доплер-эхокардиография**

Митральды қақпақшасының жетіспеушілігі

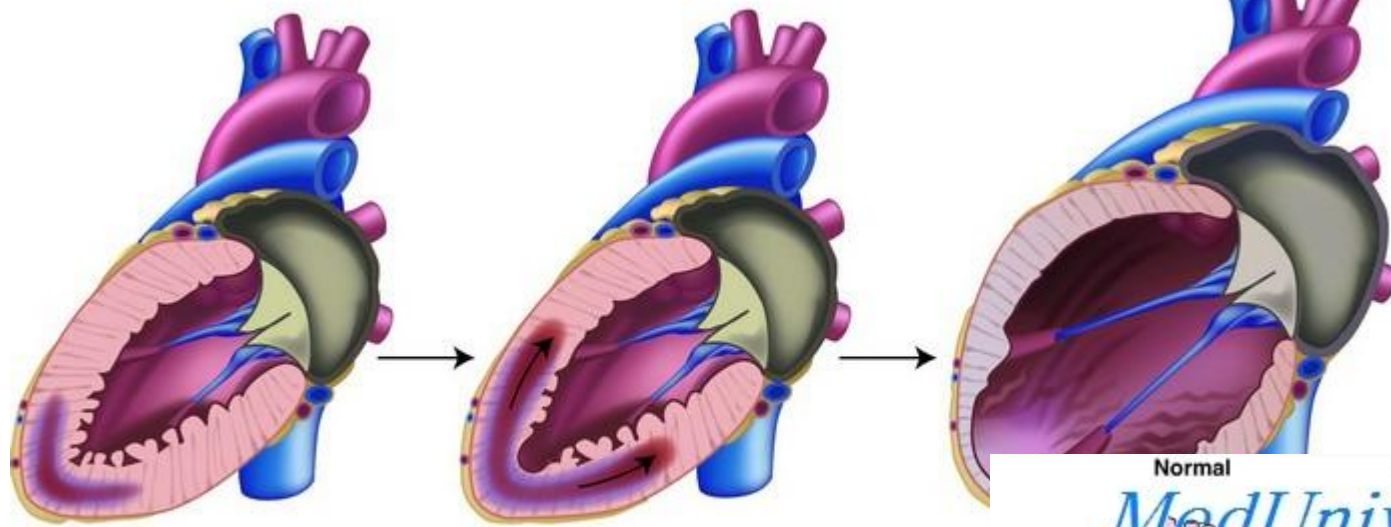


ЭхоКГ

ЖЖЖ негізінде жатқан ЭхоКГ структуралық және функционалды өзгерістерді анықтау үшін қажет. Оны жүрек қарыншаларының, қақпақшалардың құрылымы мен функциясын, перикардтар патологиясының, МИ механикалық асқынуының, жүректің ауқымды қалыптасуының локалды және жалпы функциясын мониторингтеу үшін қолданды. ЖШ-ны қолқа контуры немесе ЛА қозғалысының жылдамдығы бойынша бағалауға болады.

Допплер зерттеулері кезінде ДЛА-ны анықтауға және СҚ жүктемесін монитормен бақылауға болады. Бірақ осы өлшемдердің ОСИ кезінде жүректің оң жақ бөліктерін катетеризациялау көмегімен верификацияланбаған.

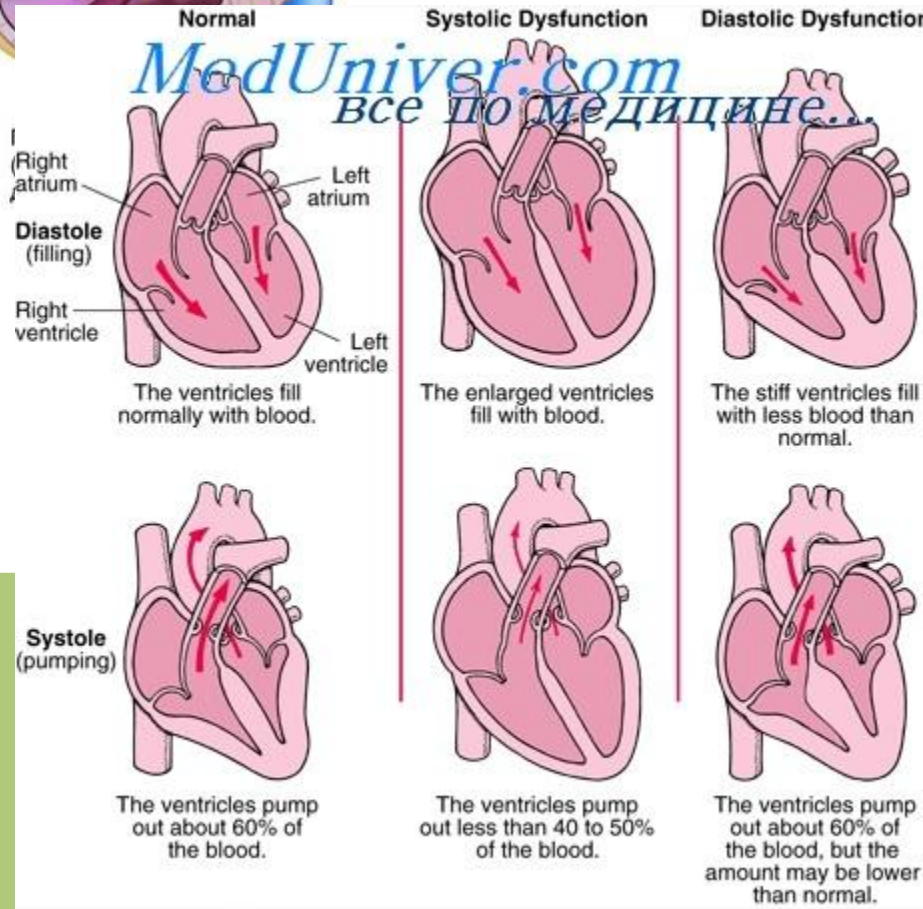




Начальный инфаркт

Распространение инфаркта
(от нескольких часов до нескольких дней)

SMED.RU



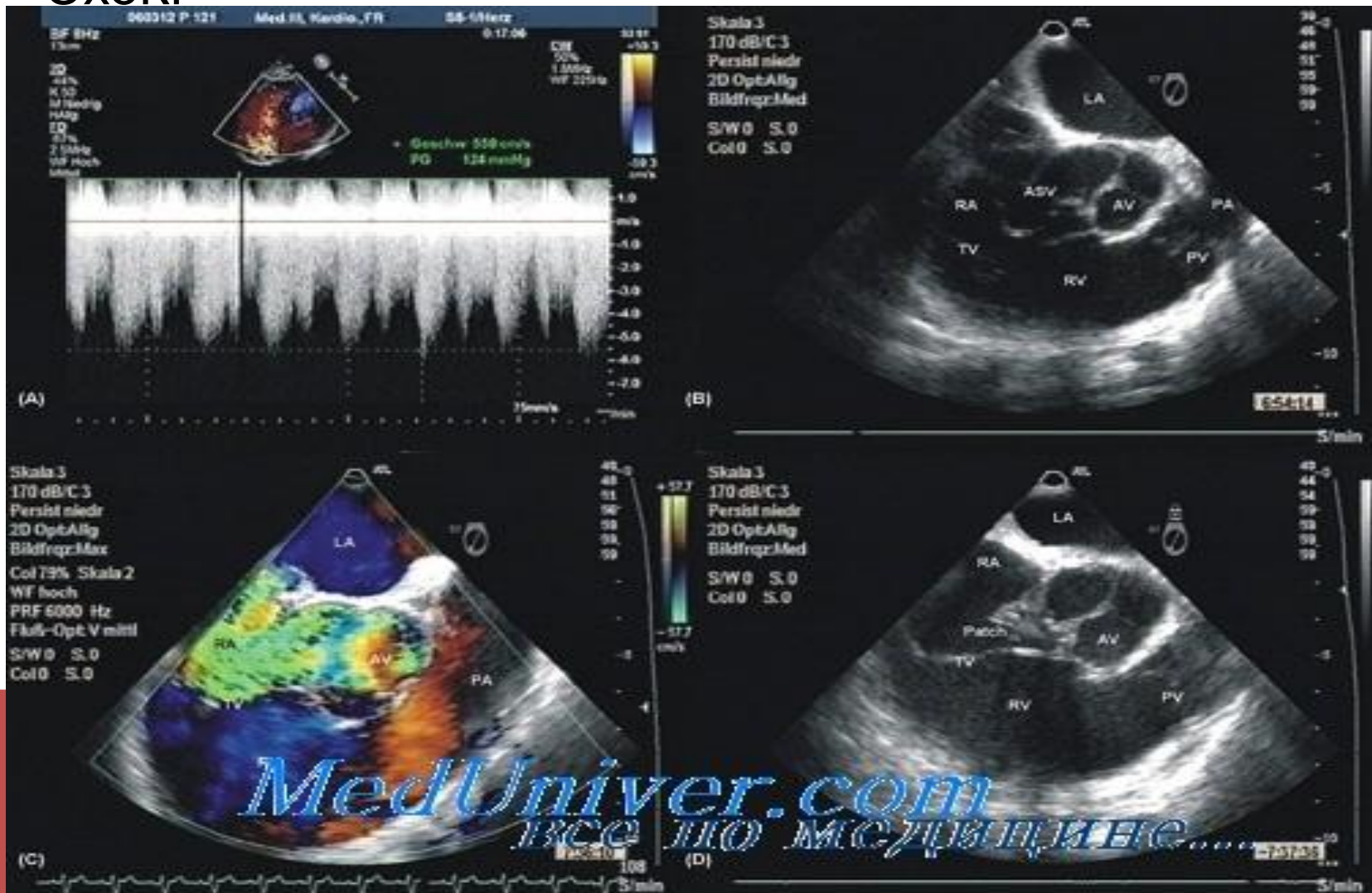
MedUniver.com
Все по медицине...

Қорытынды.

Қосымша диагностикалық әдістер бөлек ауруларға ЖЖЖ себебін анықтауға көрсетілген және инвазивті емдеуге көрсетілген анықтама. Корнарлы қан айналым бұзылған кезде КАГ қажет. Бұл зерттеу жиі ОСН көп сақталған кезінде, себебін басқа зерттеулер арқылы анықтай алмайтын кезде пайдалану көрсетілген. Өкпе ауруының сипатын және ірі ӨАТЭ диагностикасын анықтау үшін кеуде торларының контрасты ангиографияның компьютерлік томографиясы немесе онсыз, сондай-ақ сцинтиграфия қолданылуы мүмкін.

Қолқа аневризмасының қабаттасуы кезінде компьютерлік томография, өңеш арқылы және магнитті-резонансты томография көрсетілген.

Контрастирование левого желудочка при эхокардиографии. Контрастная перфузионная ЭхоКГ



Ангиокардиография

Ангиокардиография - жүрек қуысы мен тамырларды САҚ арқылы зерттеу, туа біткен және жүре пайда болған жүрек ақаулары кезінде анатомиялық және гемадинамикалық өзгерістерді анықтайды. САҚ-ты автомат-шприцпен катетер арқылы 20-40 мл егеді. Секундына 6 кадрдан жасалады.

Коронарография –жүректің тәждік артерияларының патологиялық өзгерістерін, олардың орнын, зақымдалу дәрежесін, қуысын, коллатералды қанайналым жағдайын анықтайды. Көрсетілім: жүректің ишемиялық ауруы.

Рентгеноскопия - негізгі тәсіл. Жүректің және ірі тамырлардың морфологиясын және қызметін анықтайды. Өңеш жүрек пен ірі тамырларға жақын орналасқандықтан САҚ қолданылады. Су 80 л + 100 л барий сульфаты.

Магниторезонансты томография

MPT- қолма-қол жүректің жиырылуын және қызметінің параметрлерін алады. MPT миокардтың структуралық өзгерістеріне, инфаркт, тыртық, ісіну ошақтарына баға береді.

Компьютерлік рентгенография кесіндіге митральді қақпақша мен жүрек ұшы түсу керек. Сол кезде томограммада 2 жүрекше, 2 қарынша, жүрекшеаралық және қарыншааралық перде жақсы көрінеді.

ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. *Диагностика болезней внутренних органов А.Н. Окорочков.*
2. *Власенко А.В., Закс И.О., Мороз В.В. Прошлое и будущее определений понятий острого повреждения легких и респираторного дистресс синдрома и их лечении (обзор зарубежной литературы)// Новости науки и техники. Серия Медицина. Выпуск Реаниматология и интенсивная терапия. Анестезиология. /ВИНИТИ РАН НИИ ОР РАМН. - 2000. - №3. - С.2-13.*
3. *Кассиль В.Л., Золотокрылина Е.С. Острый респираторный дистресс-синдром в свете современных представлений// Вестник интенсивной терапии, 2000. - №4. - С.3-7*
4. *Ишкі аурулар Б.С.Қалимурзина Түркістан*
5. *Ишкі аурулар Ж.А. Жаманқұлов Ақтөбе интернет көздері*
6. *Линденбратен Л.Д., Королюк И.П. Медицинская рентгенология и радиология: Москва. 2000 г.*
7. *Шехтер И.А. Рентгенологический атлас зубов и челюстей в норме и патологии. Москва. 1968г*

НАЗАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ!

TURKESTAN 2014