

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік
университеті

Исабай Г

Медицина факультеті

«Ішкі аурулар пропедевтикасы» кафедрасы

СӨЖ

Тақырыбы: «Респираторлық дистресс синдромының клинико-лабораториялық көрінісі».



Қабылдаған: Айтметова Г.А.

Орындаған: Сламхан А

Исабай Г

Сұлтан Ж

Бердикул Ш

Оқас А

Ұшқанбаева А

Даурбек М

Тобы: ЖМ-327

Жоспар

Исабай Г

I.Кіріспе

II.Негізгі бөлім

1. Этиологиясы

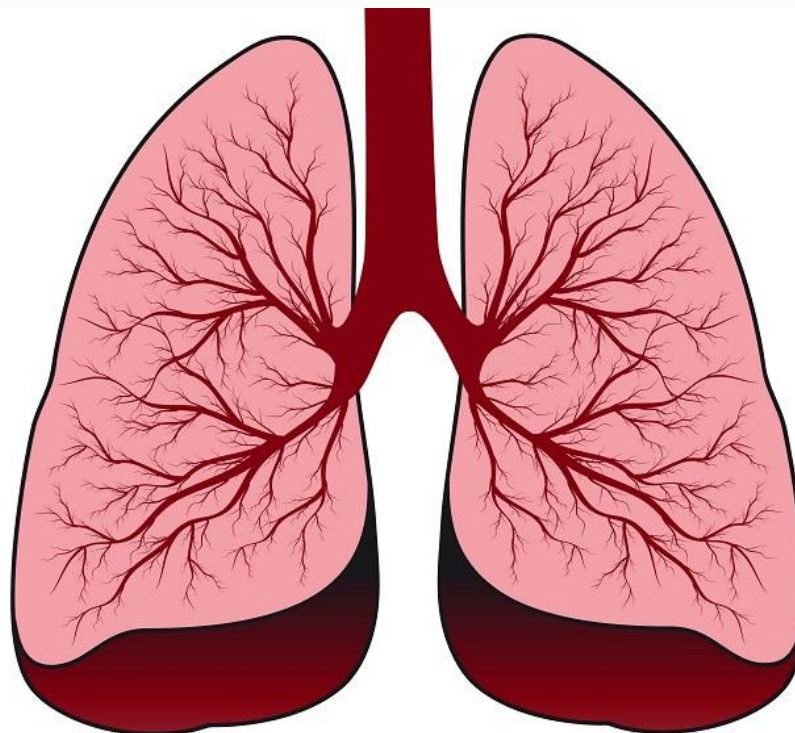
2.Патогенезі

3.Жіктелуі

4.Диагностикалау әдістері

III.Қорытынды.

IV.Пайдаланылған әдебиеттер



Кіріспе:

Жедел респираторлық дистресс-синдромы

Исабай Г

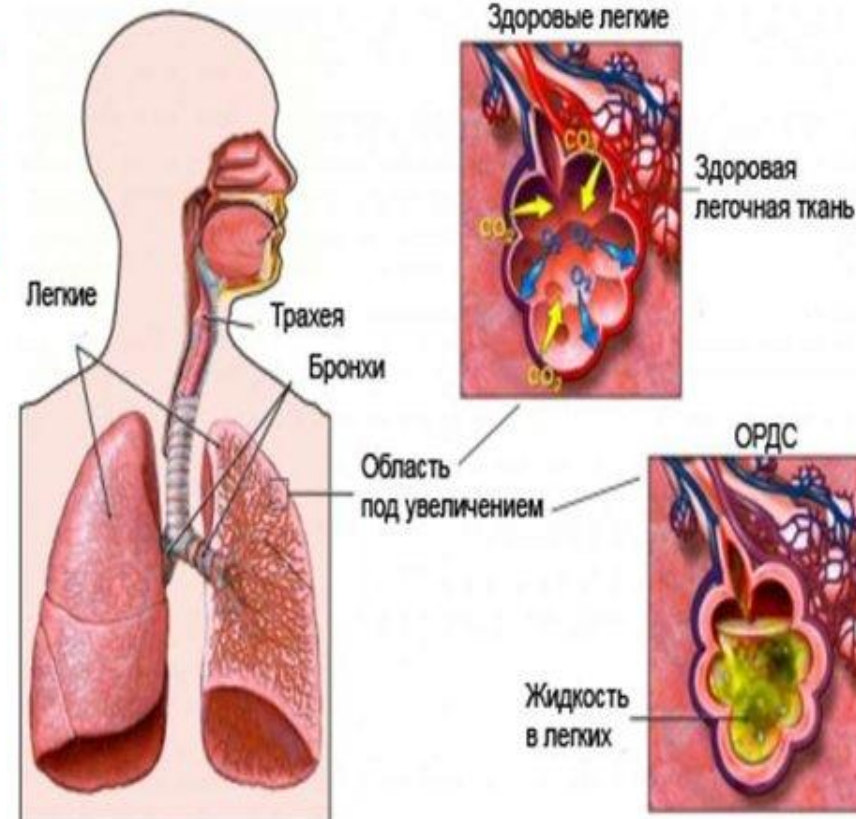
Өкпенің бейспецификалық зақымдалуы, эндотелийдің зақымдалуымен және сурфактант дефицитімен, гипоксия мен өкпелік комплекстің төмендеуімен көрінетін, альвеоло-капиллярлық мембранадан ауа диффузиясының блокадасы және қосымша тынстық көмек пен ауа транспортын корекциялауды қажет ететін патологиялық жағдай.

РЕСПИРАТОРЛЫ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЫ

Исабай Г

- *гипоксемия, интерстициональді және альвеоларлы ісінумен сипатталатын, өкпенің жедел зақымдануы нәтижесінде болатын тыныс алу жеткіліксіздігі.*

**РЕСПИРАТОРЛЫ ДИСТРЕСС-
СИНДРОМ, ГИАЛИНДІ МЕМБРАНА
АУРУЫ ЖӘНЕ
ТЫНЫС АЛУ БҰЗЫЛЫСЫ
СИНДРОМЫ СИНОНИМДЕР
БОЛЫП КЕЛЕДІ.**



Алдыңғы атаулары

Исабай Г

- Жедел респираторлық дистресс
- Цианоз,
кислородотерапияға тұрақты
- Төмен өкпелік комплекс
- Өкпенің
рентгенограммасындағы
жайылған инфильтрат

Респираторлы дистресс синдромы

Сұлтан Ж

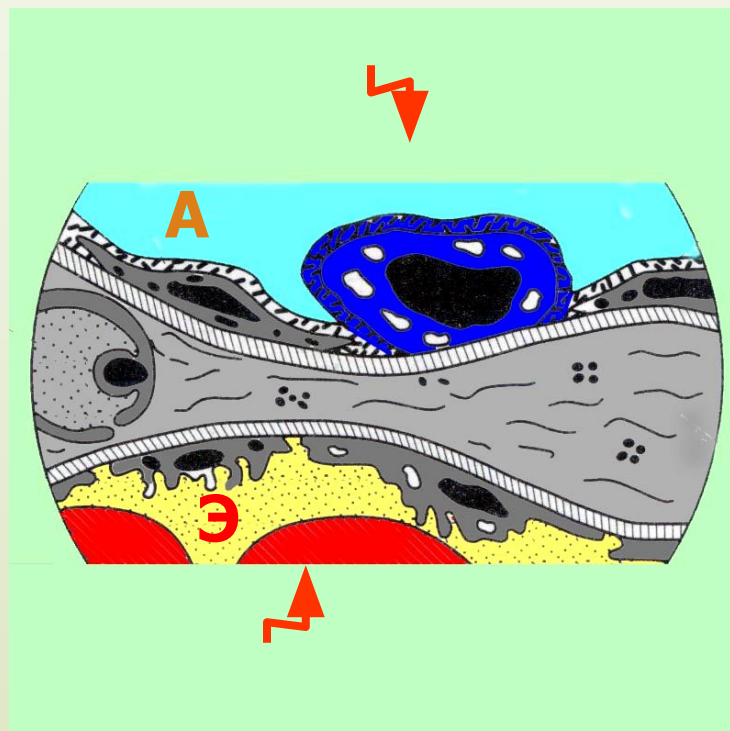
Осигендік индекс < 200 мм.рт.ст.

альвеоло-капиллярлық мембрананың
зақымдалуы («сурфактанттық» жүйенің)

біріншілік



Респираторлық
дистресс - синдром
жаңа туған
балаларда (РДСЖ)



екіншілік



Респираторлық
дистресс -
синдром
ересектерде
(РДСЕ)

Этиологиясы

Сурфактанттың
дефициті.

Сурфактанттың
сапалық
дефекті.

Өкпе
тінінің дұрыс
дамымауы.

РДС НЫҢ ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Генерацияланған өкпелік инфекциялар. Мысалы: вирусты, саңырауқұлақты, бактериялы
- Аспирация. Мысалы: суға батқанда
- Токсикалық газдармен уланғанда. Мысалы: көмір қышқыл газының жоғары концентрациясымен
- Наркотикалық заттарды шамадан тыс қолданғанда өкпенің ісінуі. Мысалы: героин, морфин
- Аутоиммунды бұзылыстарда. Мысалы: жүйелі қызыл волчанкада
- Травмалық шокта. Мысалы: Өкпе шоғында
- Кеуде қуысының ауыр жарақаттарында, қабырғалар сынғанда

Патофизиологиясы

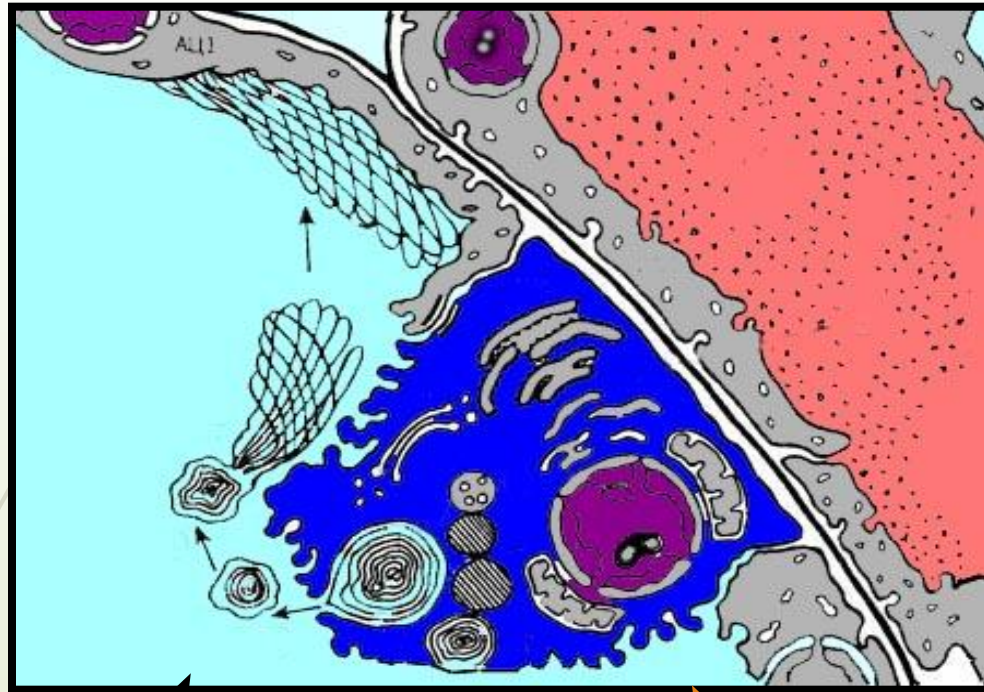
Сұлтан Ж

- ☞ Газдар диффузисының бұзылуы
- ☞ Кислородтың жеткізілуімен және қабылдауының бұзылуы
- ☞ Жүректік және өкпелік қатынас
- ☞ Басқа мүшелердің зақымдалуы

Сурфактанттың өмірлік циклы

Альвеоло-капиллярлық мембрана

Бердікул Ш



1. пневмоциттердің II типі(ПцII); мен сурфактанттың синтезі

2. ПцII-ге ламеллярлық денешіктер; түрінде сурфактанттың деполануы

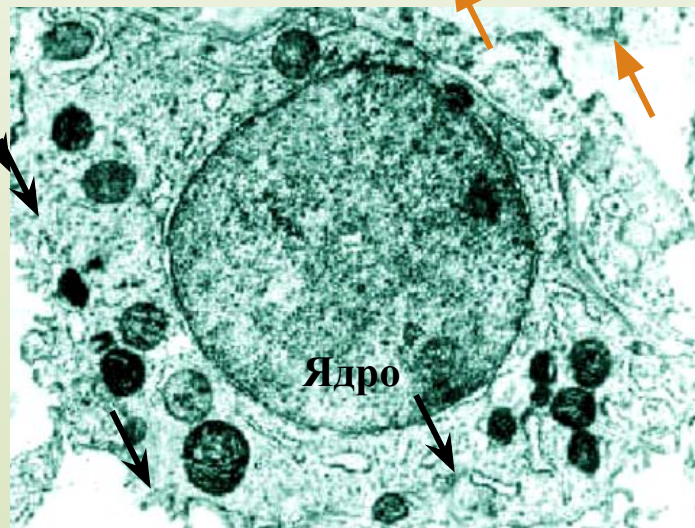
3. Сурфактанттың альвеолаларға секрециясы(экзоцитоз)

4. сурфактанттық моноқабықтың пайда болуы;

5. сурфактант Пц II типінің реутилизациясы.

6. альвеолярлық макрофагтармен «өңделген» сурфактантты 1 жұтуы








Ламеллярлы денешіктер



Пневмоцит II типа

(электронограмма)

Әсер ететін факторлар

-  Шок
-  Асқазандағы тағамның аспирациясы
-  Травма
-  Инфекциялар
-  Токсикалық газдар мен түтінді дем алу
-  Дәрілік препараттардың әсері және улану
-  Аралас

Тыныс жолдары мен өкпе ұяшықтарында сұйық жиналу

Өкпенің
тыныстық
беті
кішіреюі

Өкпе
тінінің
СОЗЫЛҒЫ
Ш-
ТЫҒЫНЫҢ
ОЗАЮЫ

Өкпе
ішілік
тікелей
қосылыста
р пайда
болуы

Жіті тыныстық дистресс-синдромы дамуы

Жіті тыныстық дистресс-синдромы дамуы (Holm,1992)

Өкпе ұлпасының жіті бүлінісі

Өкпе ұяшықтары мен қылтамырлар қабырғаларының бүлінуі.

Жүрек қызметіне байланысты емес өкпе ісінуі

I I-түрдегі өкпе жасушаларының қызметтері бұзылуы, сурфактант түзілуі мен секрециясы азаюы

Өкпе ұяшықтарында сурфактант азаюы

Сурфактант – 2 типті альвеолалармен бронхиальды жасушалармен өндірілетін өкпенің беткей активті заты. Ол 90 % липидтен, 8 -10% белоктан тұрады.



Сурфактанттың қызметі

Сламхан А

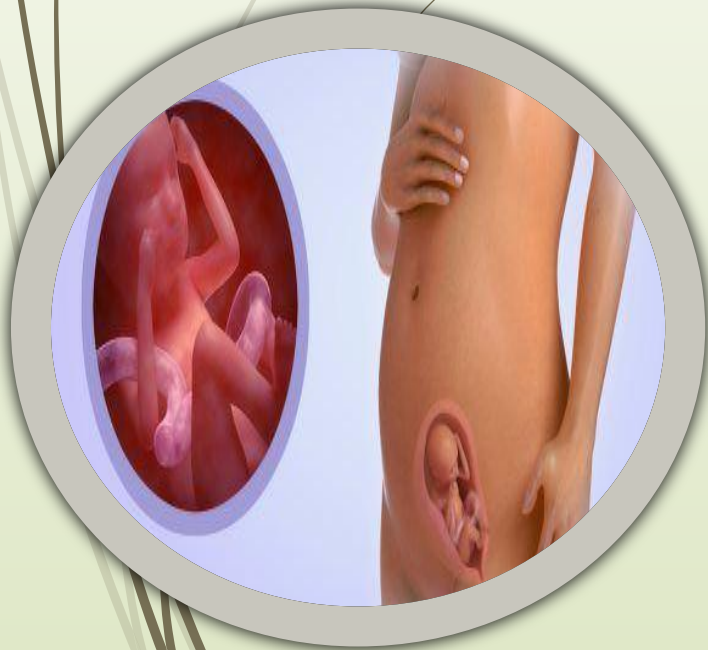
1. Тыныс шығаруда альвеолалардың ыдырауын бөгейді

2. Альвеоларлы эпителийді қорғайды

3. Өкпедегі қан айналымды реттейді

Балаларда құрсақ ішінде сурфактант 20-24 аптада синтезделеді.

Сурфактанттың синтезін төмендетеді;



Суықтық травма

Патологиялық ацидоз

ГИПОВОЛЕМИЯ

полицитемия

Гипоксемия

гипероксия

инфекция

- ❑ Асқазан құрамының аспирациясы;
- ❑ Тұншығу кезіндегі су аспирациясы;
- ❑ Токсикалық газдар;
- ❑ Наркотикалық заттар дозировкасы жоғары

❖ Альвеолярлы капиллярлы мембрананың тікелей зақымдалуы

❖ Альвеолярлы капиллярлы мембрананың жанама зақымдалуы

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

Сламхан А

Капиллярлар өткізгіштігінің жоғарылауы

Сурфактант көлемінің азаюы

Өкпенің интерстициальді және альвеолярлы ісінуі

Өкпенің диффузионды қызметінің төмендеуі



Жедел тыныс жетіспеушілігі

I Альвеолярлы гиповентиляция

A. Обструктивті компонент

- Обструкция (экссудат..)
- Компрессия ($\uparrow P$ транспульмон.)
- Бронхиолоспазм

B. Рестриктивті компонент

(альвеолярлық ателектаз)

B. Тыныс реттелуінің бұзылуы

III Өкпе перфузиясының бұзылуы

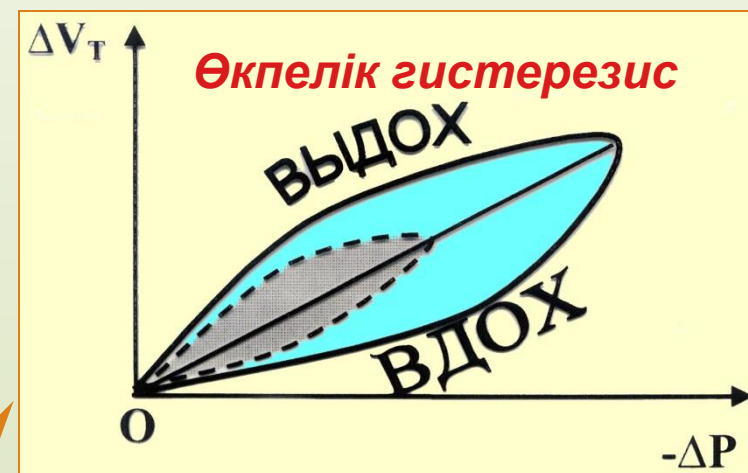
- Өкпелік гипертензия (рефлекс Эйлера - Лильестранда, тромбоксан A_2 , тромбоцит активтеуші фактор-ТАФ)
- Микротромбоздар.
- Өкпеішілік шунттау .
- Эндотелиальді дисфункция

II Мембрананың диффуздық қабілетінің төмендеуі

(интерстициальді ісік, плазморагия)

IV. вентилиация-перфузиялық арақатынасының бұзылуы

(ателектаз/альвеолалардың созылуы, регионарлы қанайналым бұзылысы)



Жедел тыныс жетіспеушілігі

Клиникалық көрінісі

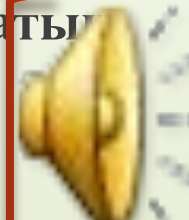
Ентігу

Тахипноэ (60-120 в 1 мин);

экспираторлы шулар – «хрюкающий выдох» ол дауыс саңылауының спазмынан пайда болатын шу.

Цианоз

Хрипы в лёгких



Клиникалық көрінісі

Кеуде клеткасының
тыныс алғанда ішке
кіруі,

мұрын
қанаттарының
жайылуы,

апноэ ұстамалары

беттің үрленуі
«дыхание трубочка»

ауыздан
көбіктің
бөлінуі,

кеуде
қуысының
сіріңке
қорабы
тәрізді болуы.

қол мен
аяқтардың
ісінуі,



Клиникалық көрінісі

- Интоксикация белгілері,
- әлсіздік,
- гипотермия,
- бұлшықет гипотониясы,
- олигурия,
- дене салмағының жоғалуы,
- лоқсу,
- іштің үрленуі,
- кейде ауру балаларда қарын ішілік қан құйылулар дамиды.



Поза лягушки



1990 жылы Фишер мен Фоекс РДС диагностикалық критерийіне
келесілерді ұсынды:

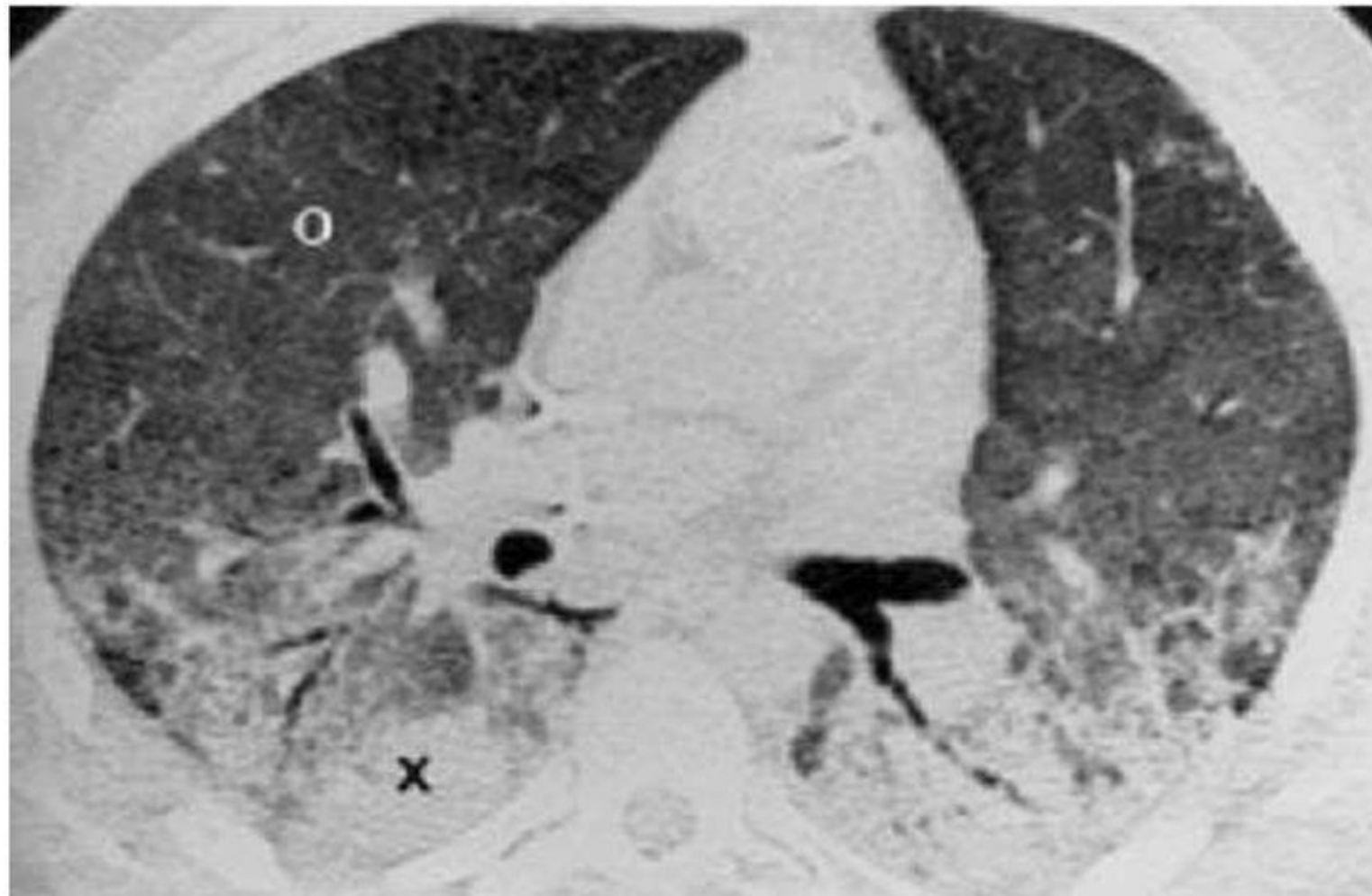
Интерстициальды өкпе ісінуі

(матовое стекло, снежная буря)



Рентгенограмма органов грудной клетки
пациента с РДС

КТ при ОРДС: плотные очаги консолидации в дорсальных отделах, картина «матового стекла» в промежуточных зонах



- Артериальды гипоксемия (P_{aO_2} әдетте 50 мм.с.б. нан төмен) және гиперкапния
- Кіші қан айналым шеңберінің гипертензиясы (өкпе артериясында қысым 30/15 мм.с.б)
- артериялық рН 7,3 тен төмен
- ДЗЛА 15 мм.с.б. төмен

| Признаки | Гидростатический отек легких | РДСВ |
|---|--|---|
| Этиологические факторы | Острая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, почечная недостаточность | Сепсис, шок, полиорганная недостаточность |
| Гипоксемия | Постепенно развивающаяся | Ранняя, рефрактерная к оксигенотерапии |
| Рентгенологическая картина | Понижение прозрачности в прикорневой зоне. | Диффузные периферические инфильтраты. Чистые основания легких |
| Давление заклинивания в легочных капиллярах | Затемнение оснований легких. Наличие линий Керли > 20–25 мм рт. ст. | Отсутствие линий Керли < 15 мм рт. ст. |
| Разрешение заболевания | Быстрое | Медленное |

Лабораториялық белгілерінде арнайы көрінісі жоқ, ол көбінесе негізгі ауруларымен байланысты болады. РДС ағзадағы қабыну реакциясы және басқа да әсерлерінен көрініс береді, лабораториялық көрсеткіштері мынаны көрсетеді:

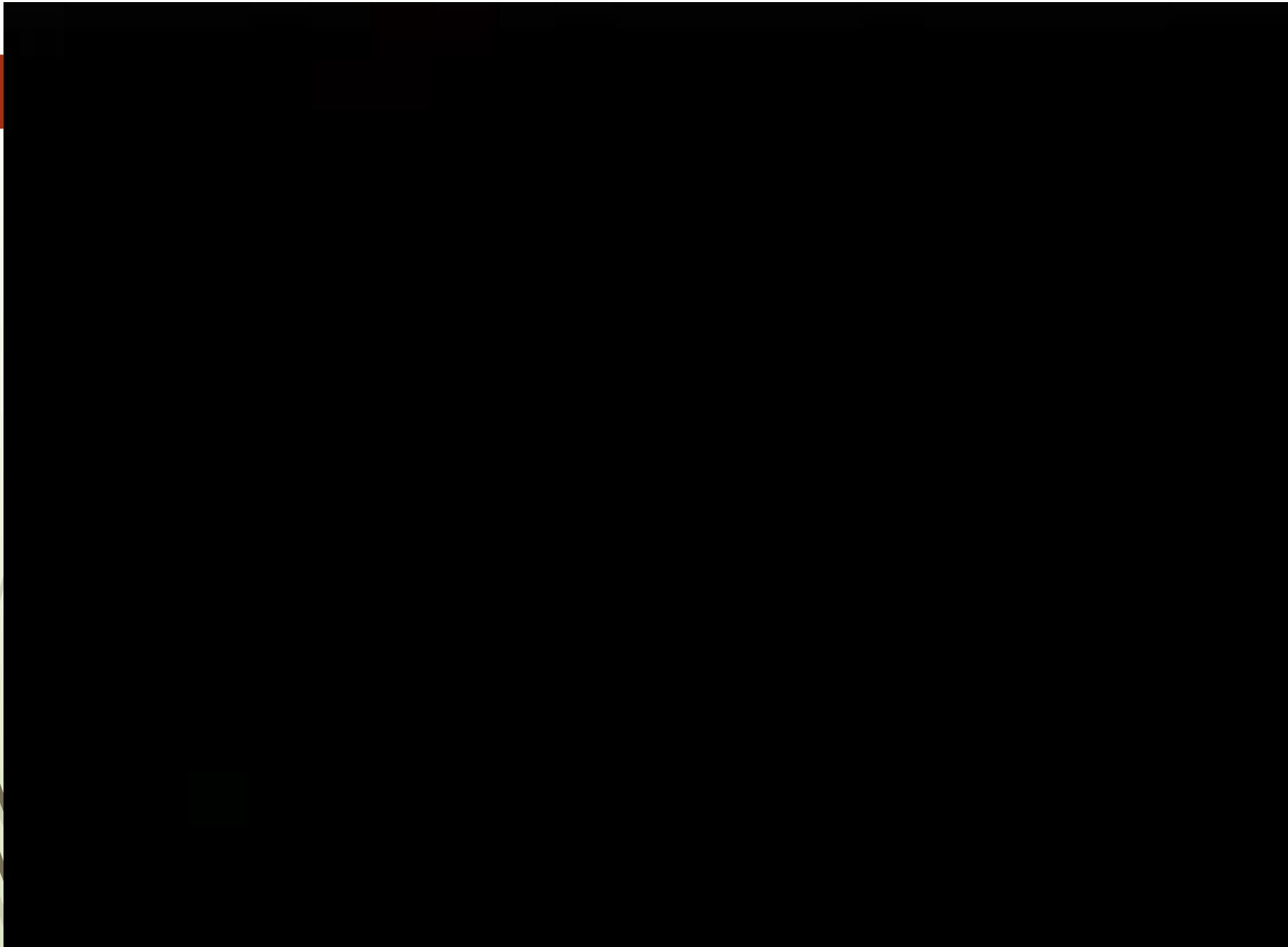
- лейкоцитоз немесе лейкопения;
- анемия;
- тромбоцитопения көп көрініс бермейді және ол жүйелі қабынулық реакцияның немесе эндотелийдің зақымдалуын көрсетеді.



Қорытынды

РДС-ның негізгі себебі эндотоксикоз. Бұл патологиялық синдром полиэтиологиялық. Сол себепті күрделі процестермен жүретін және бірнеше симптомдармен көрініс береді. Қазіргі таңда РДС-ның диагностикасы үшін бірнеше зерттеу камплекстері арқылы жасалады: рентгендік, лабораториялық, қан анализі.

РДС қауіпті синдром болғандықтан, оның анықталуында лабораториялық анализдердің орна ерекше. Сол себепті бала туылғаннан кейін жүргізілетін анализдерді уақытында жүргізілуі тиіс.



Пайдаланылған әдебиеттер

- 1.Қ.Ж. Ахметов-«Ішкі аурулар пропедевтикасы» пәнінің клиникалық дәрістері
- 2.Б.Н.Айтбембет-Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы,568бет-Алматы,2007ж
- 3.Л.Т. Алимбекова-Ішкі аурулар пропедевтикасы пәнінен «Жалпы медицина» мамандығы бойынша 3 курс студенттеріне (асқорыту жүйесі және тыныс жүйесі модульдері) арналған дәрістер жинағы-Түркістан,2012ж