

С.Ж.Асфендияров атындағы
Қазақ Ұлттық Медицина Университеті



Казахский Национальный Медицинский
Университет имени С.Ж.Асфендиярова

Балалар аурулары кафедрасы. Балалар аурулары №2 курсымен

СӨЖ

*Тақырыбы: Балалардағы жүректің
жүре пайда болған аурулары*

Дайындаған: Есімов Дарын

ЖМ13-21-02

Қабылдаған: Асс. Есімова Н.К.

Алматы, 2016

жоспары

- Кіріспе
- *ЖЖПБА*
- *Жіктелуі*
- Негізгі бөлім
- *Қолқа қақпақшасының жетіспеушілігі*
- Митральды қақпақшаның жетіспеушілігі
- Аортальды стеноз
- Қорытынды
- Қолданылған әдебиеттер

Жүре пайда болған жүрек

ақаулары- жедел немесе созылмалы аурулардың, жарақаттардың әсерінен қақпақшалар аппаратының (қақпа қабырғасы, фиброзды сақина, хорд, папиллярлы б/ет) морфологиялық және функциональді бұзылысы, сонымен қатар жүрек ішілік гемодинамиканың бұзылысы.

Жіктелуі

- ▣ 1. жүректің зақымдалған жеріне (локализациясы)байланысты:
 - ▣ Моноқақпақшалық ақау (бір қақпақша зақымдалған)
 - ▣ Екі жармалы
 - ▣ аортальді
 - ▣ үшжармалы

- ▣ Қосарланған ақау (екі қақпақшадан жоғары)
- ❖ Екі қақпақшалы ақау:
 - екіжармалы-аортальді ақау
 - Аорталы-екіжармалы ақау
 - Екі жармалы-үшжармалы ақау
 - Аортально-трикуспидальный ақау
- ❖ Үшқақпақшалық ақау:
 - Аортальді- екі жармалы-үшжармалы ақау
 - екіжармалы-аортальді- үшжармалы ақау

Жіктелуі

- Қызметтік пішіні бойынша:
- Қарапайым
 - стеноз
 - жетіспеушілік
- Біріккен – стеноз және жетіспеушілік бірнеше қақпақшаларда
- Қосарланған- стеноз және жетіспеушілік тек бір қақпақшада.

- Этиологиясы бойынша:
- атеросклероздық
- ревматикалық
- эндокардит (бактерия және т.б)

- Ақаудың айқындық, жүрек ішілік гемодинамиканың бұзылысы бойынша дәрежесі бойынша:
- гемодинамикалық бұзылыссыз,
- аз дәрежедеегі бұзылыс
- айқын бұзылыс

- Жалпы гемодинамиканың бұзылысы бойынша:
- субкомпенсацияланған
- компенсацияланған
- декомпенсацияланған

○ *Оң жақ жүрекшенің гипертрофиясы және дилатациясы.*

Өкпелік гипертензияның және Оң шамадан тыс қызмет жасауының, қарсыласуының, нәтижесінде туындайды. Оң диастолалық және систолалық қысым көтеріледі.

Митральді стеноздың соңғы сатыларында ОҚ жетіспеушілігі туындайды, бір уақытта үлкен және кіші қанайналымында іркіліс пайда болады.

Фиксацияланған соққылық көлем

Физикалық, психикалық жүктеме кезінде соққы көлемнің (ударный объем) үлкеймеуі.

- ❖ *Жүрекшелердің фибриляциясы, жыпылықтауы*
- ❖ *Жүрекішілік тромбтар, тромбоэмболия*
- ❖ *Үшжармалы қақпақшаның салыстырмалы жетіспеушілігі*
- ❖ *Өкпе артериясының салыстырмалы жетіспеушілігі.*

Клиникалық көрінісі

- Клиникалық көріністері саңылаудың тарылу дәрежесіне байланысты:
- *Жеңіл жәрежесі- саңылау ауданы 2,0-4,0 см 2*
- *Орташа- 1,0-2,0 см 2*
- *Ауыр- 1,0 см 2 дейін.*

Шағымдары

1. Ентігу – алғашқы берлгілерінің бірі, кіші қан айналым шеңберіндегі қан іркілісінің, өкпе гипертензиясының салдарынан дамиды, алғашында физикалық, психикалық, сексуалды жүктемелер кезінде дамыса, кейіннен тыныштық жағдайда болады.
2. мәжбүрлі қалып (артопноэ)-ентігудің салдарынан.
3. Құрғақ жөтел- уөбіне науқас горизонтальді қалыпта жатқан кезде болады, себебі осы кезде жүректің оң жақ бөліктеріне қан көп мөлшерде түседі де, кіші қан айналым шеңбері сәйкесінше қанға толады, іркіледі.
4. Тұншығу ұстамалары- интерстициональді (жүрек астмасы) немесе альвеолярлы өкпе ісінуінің салдары ретінде дамиды. Жүрек астмасы(пароксизмальді түнгі ентігу)- түнгі уақыттарды, науқас горизонтальді қалыпта болған кезде дамиды. Демала алмаушылық сезімі туындайды, науқас мәжбүрлі қалыпта отырады, артына үлкен жастық жастанып ұйықтайды.

Қарап тексеру.

Дене бітімі: астеник, физикалық дамуы кешеуілдеген, әлсіз, нәзік (*habitus gracilis*). Көп жағдайда баланың дене бітімі ақау пайда болған кездегі жасына сәйкес қалып кетеді, де өз жасынан жас көрінеді, «физикалық инфантилизм»(А.С.Мясников).

Цианоз- перифериялық (акроцианоз), беттік.

Ерні, құлақ ұшы, саусақтары, мұрын ұшы көгереді. Жиі жағдайда “*facies mitralis*» , Яғни, ерні, мұрны, құлақ ұшы көк. “митральді көбелек”- яғни, бетінде көгілдір румянец пайда болады.

Ісіну- егер ОҚ жетіспеушілігі қосылса, үлкен қан айналым шеңберіндегі қан іркілісі нәтижесінде аяқта, белде, бетте ісіну болады.

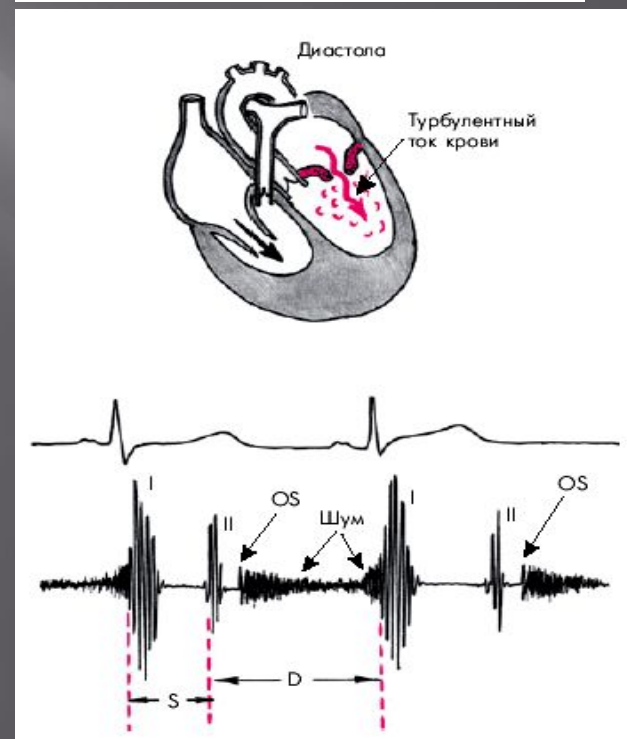
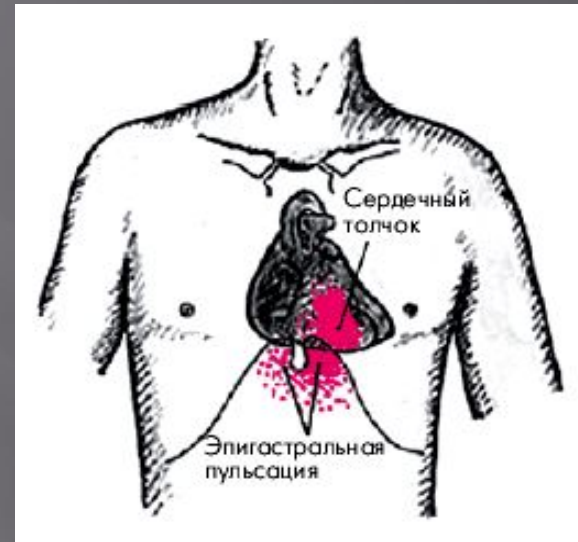
Мәжбүрлі қалып- жартылай отырған кейіпте.

Жүрек пальпациясы.

- Қатты, шашыраңқы жүрек түрткісінің орналасуы, эпигастральді пульсация анықталады
- Мысық пырылы
- Жүректің дөңестенуі.

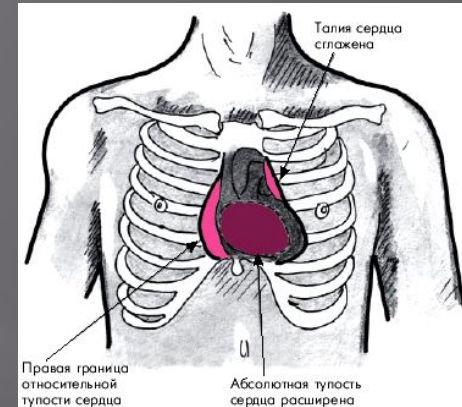
Жүрек аускультациясы

- 1 тонның қатаюы, шапалақ ұрған тәрізді;
- Өкпе артериясында 2 тонның шашырауы, акценті;
- Митральді қақпақшаның ашылуы тарсылы, кілтті бұраған сияқты.
- Жүрек ұшында диастолалық шуыл;
- ФКГ (жүрек ұшында) – 1 тонның қатаюы, диастолалық шу, митральді қақпақшаның ашылуынан кейін пайда болады, біртіндеп сөнеді. СЖ систоласы кезіндегі қанның СК ағуы пресистолалық шу.



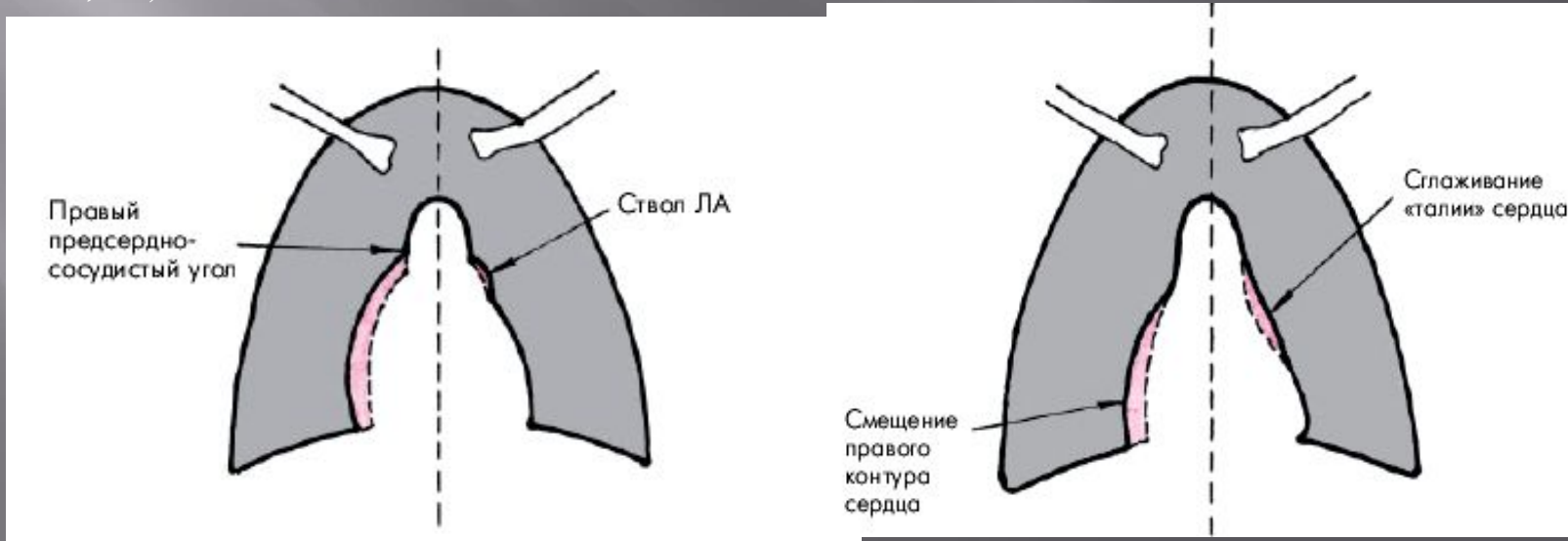
Жүрек перкуссиясы

- Жүрек перкуссиясы кезінде жүректің салыстырмалы шекаралары өзгереді, жүрек белі түзуленеді, сол жақ жүрекшенің гипертрофиясы салдарынан; ОҚ гипертрофиясы салдарынан оң жақ шекара оңға ығысады.



Аспаптық зерттеу

- Жүректің митральді конфигурациясы, белі түзелген. (оң жақта)
- СЖ гипертрофиясы және дилатациясы, сызбанұсқа түрінде (сол жақта)



Митральді қақпақшаның жетіспеушілігі

- ▣ - бұл, қарыншаның систоласы кезінде қақпақшаның толық жабылмауы, нәтижесінде СҚ дан СЖ ге қанның регургитациясы болады.



ЭТИОЛОГИЯ

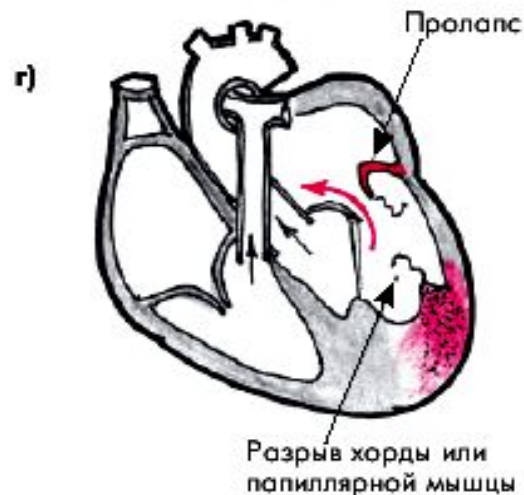
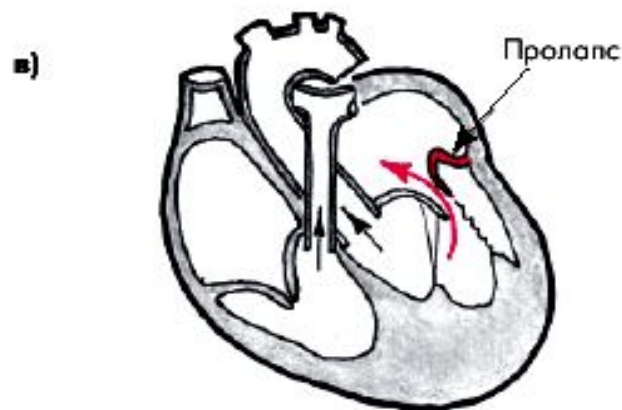
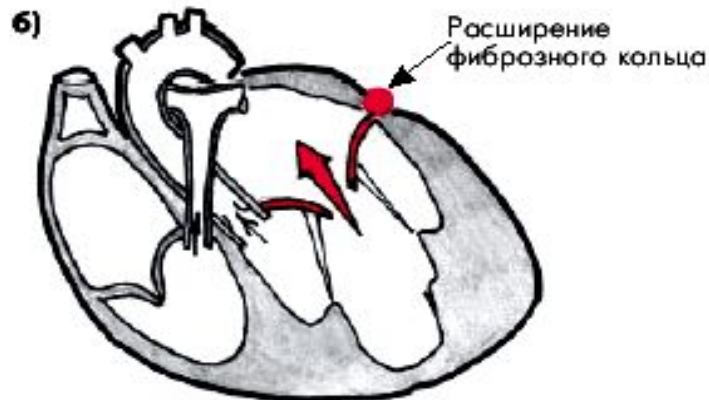
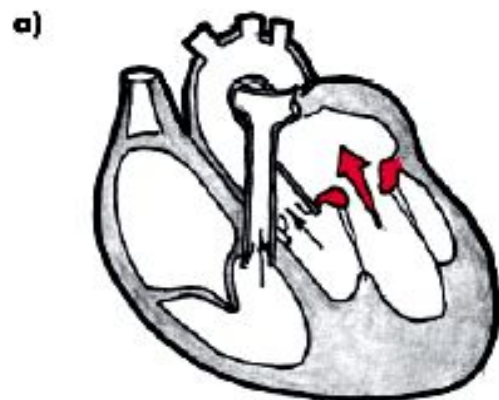
▣ *Ораникалық жетіспеушілі*

- ▣ Ревматикалық эндокардит
- ▣ Инфекциялық эндокардит
- ▣ Атеросклероз (екі жармалық қақпақшаның фиброзы, кальцинозы)
- ▣ Дәнекер тіннің жүйелі аурулары

▣ *Функциональді жетіспеушілігінде*

- ▣ Артериялық гипертензия
- ▣ Аортальді ақау (митрализация)
- ▣ Дилятационды кардиомиопатия (ДКМП)
- ▣ ЖИА, инфарктан кейінгі кардиосклероз

сызбанұсқа. А- органикалық жетіспеушілік. Б,В,Г- функциональді жетіспеушілік



Гемодинамикадағы өзгерістер

- *СЖ, СҚ гипертрофиясы және дилатациясы*- СҚ систоласы кезінде қан тексаортаға ғана емес толық жабылмаған саңылау арқылы СЖ ге де ұмтылады. диастола кезінде СҚ ға артық қан көлемі келеді. Осының салдарынан СҚ және СЖ үнемі артық қан көлемі болады. Бұндай гемодинамикалық өзгеріс жүрек миокардының гипертрофиясына алып келеді, бұл кездегі гипертрофия табиғаты компенсаторлы механизм, яғни бірдей СҚ және СЖ камералары ұлғаяды.
- *Жүрек шығарылымының төмендеуі*- СҚ –дан аортаға шыққан қан көлемі азаяды, соның салдарынан шеткері, ішкі мүшелер перфузиясы бұзылады.
- *Өкпелік гипертензия*- митральді қақпақшаның айқын жетіспеушілігі кезінде, СЖ регургитацияның үлкен көлемде болуының салдарынан СЖ қысым көтеріледі, оған келетін өкпе артериясында қан толады, нәтижесінде кіші қан айналым шеңберінде қын іркіледі, өкпелік гипертензия дамиды.
- *Жүрекшелік жыпылықтар, дірілдер* байқалады.

Клиникалық көріністері

- ▣ Клиникалық белгілері митральді регургитация мөлшеріне, өкпелік гипертензияболу немес болмауына, СҚ функциональді жағдайына байланысты
- ▣ Егер, қақпақша жетіспеушілігі мардымсыз деңгейде ғана болса, жүректің компенсаторлы гипертрофиясы мен тоногенді дилатациясының нәтижесінде науқас өмірі бойы тек аз дискомфортты сезінуі мүмкін.
- ▣ Ал, айқын дәрежедегі жетіспеушілік болса, компенсаторлы механизм күші жеткіліксіз болады.

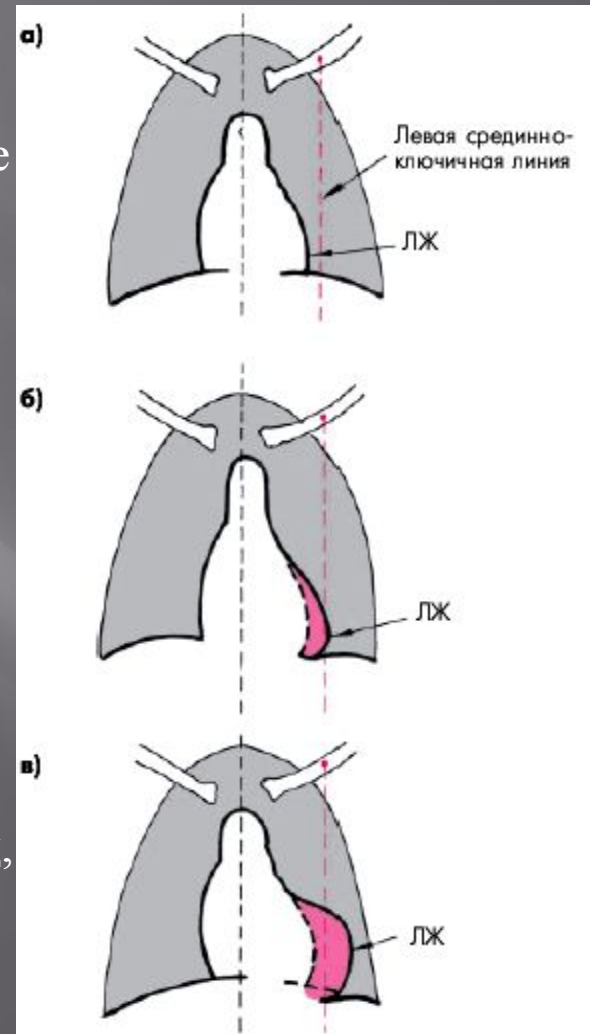
Науқастың шағымдары:

- ❖ Тез шаршағыштық;
- ❖ б/ет әлсіздігі;
- ❖ Жүрек қағысы;
- ❖ Аяқтағы ауырлық сезім;
- ❖ ентігу.;
- ❖ Оң қабырға астындағы ауырлық сезімі;
- ❖ Ісіну;
- ❖ Тыныс жеткіліксіздігі;
- ❖ Құрғақ жөтел, кейде қақырықта қан аралас болады.

Аспаптық зерттеу

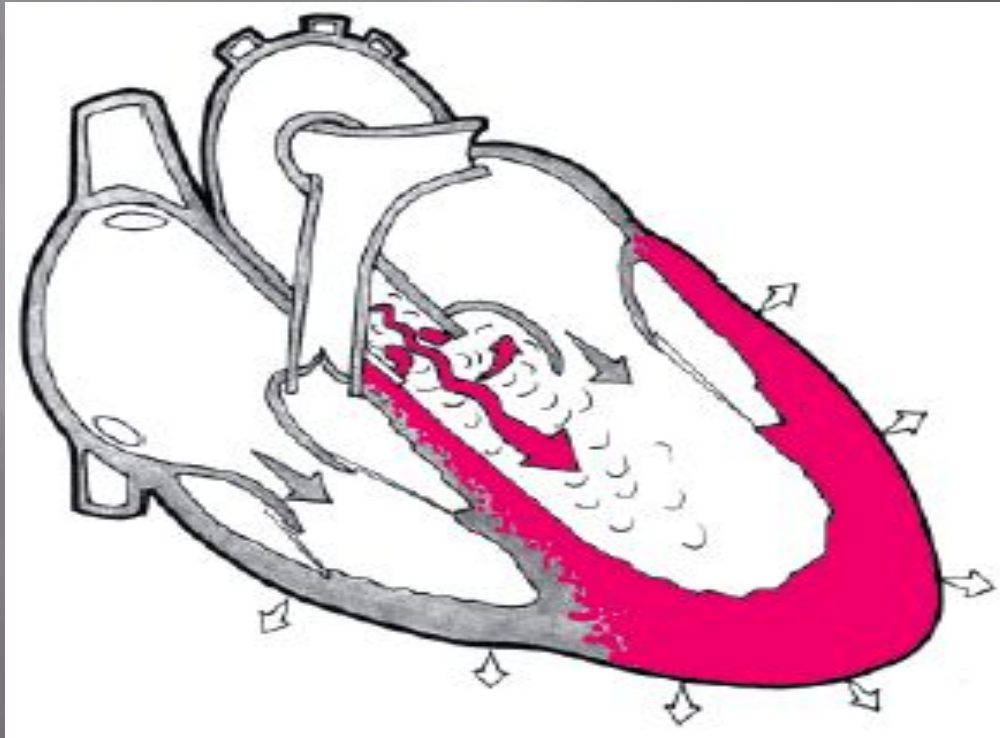
- ❑ Митральді қақпақшаның жетіспеушілігінің негізгі эхокардиографиялық белгілері:
- ❖ Доплер-эхокардиографиялық- СҚ дан СЖге қанның регургитациясы, систолалық қан ағысы
- ❖ Қарыншалардың систоласы кезіндегі митральді қақпақшаның қабырғаларының сепарациясы
- ❖ СЖ гипертрофиясы, артқы қыбырғасының гиперкинезиясы
- ❖ СҚ Гипертрофиясы және дилатациясы

- ❖ Рентген көріністері- сол жақ шекарасының, жоғарғы шекарасының жылжуы



Қолқа қақпақшасының жетіспеушілігі

- Қолқа қақпақшаларының толық жабылмауы. Нәтижесінде диастолалық қан ағысы СҚ қайта өтеді



Гемодинамикадағы өзгерістер

- Гемодинамикалық бұзылыс қолқа қақпақшалары жабылмайтыннан диастола кезінде қанның сол қарыншаға кері қайтуымен сипетталады, осыған байланысты онда гипертрофия орын алады. Щеткері тіндерге қан аз барады. гипертрофияланған миокардқа тәждік тамырлар арқылы қан жетуі азаяды.

Клиникалық белгілері

- Қолқа қақпақшаларының жеткіліксіздік дәрежесіне байланысты. Негізгі белгісі төстің сол жақ қырында анықталады 2 тонмен тікелей байланысты құйылған судыбысы тәріз протодиастолалық шу. Кейін қақпақшаар жетіспеушілігі үдеген уезде, жүректің шыншып ауырып, еңтігу шығады. Баланың түрі бозарып, өсу үрдісі кемиді. Осы кезде “”кардитті биі”. Систолалық қан қысымы жоғарылап, диастола қысымы төмендеуі, апилярлық пульс, Мюсси, Ландольфи симптомдары пайда болады.

Аспаптық зерттеу

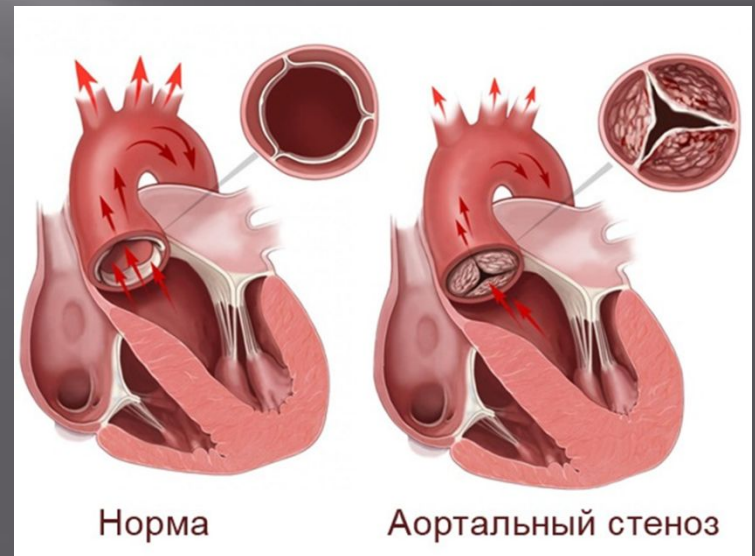
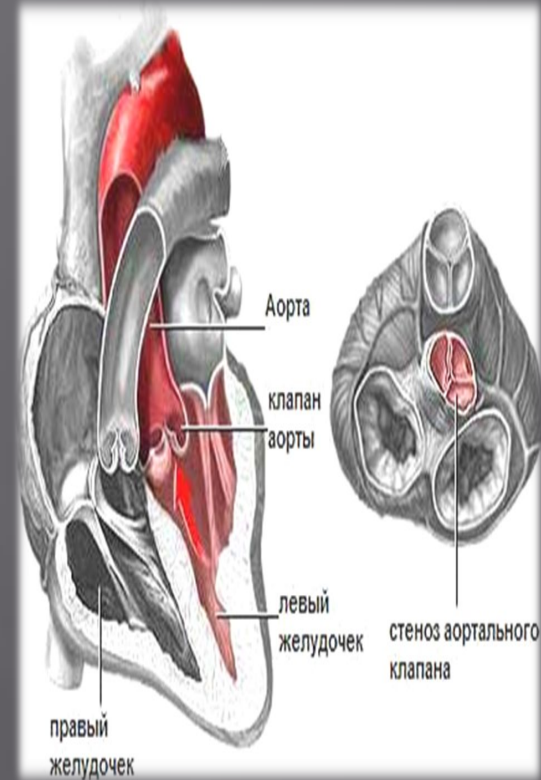
- ❑ Жүрек сол жаққа кеңиді, оның ұшында серпілісі жайылып, жоғарылайды. Ұйқы және шап артериясы тұсында Дюрозе қос шуы, Траубе үш тоны естіледі. Ақау дер кезінде байқалмаса, ревматизм жиі қайталанып, жүрек жұмысы нашарлайды, стенокардия дамиды.
- ❑ ЭКГ да сол қарынша гипертрофиясы,
- ❑ ФКГ да 2 тонмен байланысты диастолалықшк. Рентгенде жүрек көлемі солға қарай ығысқан.
- ❑ Эхо-КГ да сол қарынша гипертрофиясы, дивстола қолқа қақпақшасы жармаларының бірінен-бірі айырылып кеткені, регургитация байқалады.

Емі

- *В.И.Макоткин б/ша жүре пайда болған жүрек ақауларының емінде келесі қағидалар ұсталынады:*
- Хирургиялық түзетулер (егер қарсы көрсеткіштер болмаса)
- Ревматизм, иньекциялық эндокардиттерді есдеу;
- Жүрек өткізгіштігін және ырғағының бұзылысын емдеу;
- Жүрек ішілік гемодинамиканың өзгерісіне және қақпалық ақаудың өзгешелігін ескере отырып жүрек жетіспеушілігін емдеу:
 - Инотропты түрде жүректі стимулдау, жүрек шығарылым көлемін азайту(диуретиктер,);
 - Жүректі гемодинамикалық жеңілдету (шеткері вазобасату);
 - Жүректі миокардиальді жеңілдету (β -адреноблокаторы, антагонисты альдостерона и др.)
- Тромбоз және тромбоэмболиялардың алдын алу

Аорталық стеноз

- *Аорталық стеноз дегеніміз қақпақша жарғақшаларының бітісіп кетуі салдарынан қолқа сағасының тарылуы. Соның салдарынан қан сол қарыншадан аортаға кедергімен өтеді.*
- *Қалыпты жағдайда аорта сағасының ауданы 3-4 см², ал аорталық стеноз кезінде оның мөлшері 1 см²-ден кіші болады.*



Аорталық стеноз :
Қақпақшалық,
қақпақшаустілік,
қақпақшаастылық.

Қақпақшалық аорталық
стеноз



-туа біткен аорталық стеноз
-ревматизм
-екі жарғақты аорталық қақпақша

Қақпақастылық аорталық
стеноз (субаортальный
стеноз)



-туа біткен ақау
-может сочетаться с коарктацией аорты

Қақпақустілік аорталық
стеноз

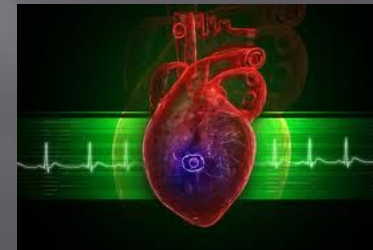
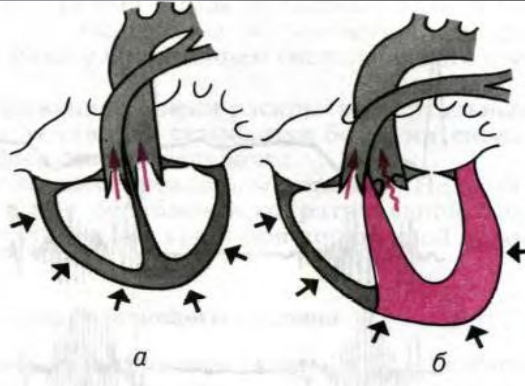


-сирек кездеседі
-Вильямс синдромы кезінде болуы мүмкін
-гиперлипотеидемияның асқынуы кезіндегі
липотеидтердің жиналуы нәтижесінде
дамиды.

Гемодинамика

- Систола кезінде сол жақ қарынша толығымен босамайды, себебі тарылған тесіктен қан аортаға өтіп үлгермейді. Диастола кезінде осы қалдық қанға сол жақ жүрекшеден қалыпты қан ағып келеді, соның салдарынан қарыншаның толуы болып, ондағы қысым артады. Осы кезде сол жақ қарыншаның жұмысы күшейіп, гипертрофияға ұшырайды.

Рис. 93. Внутрисердечная гемодинамика в норме (а) и при стенозе устья аорты (б). Красным цветом обозначены гипертрофированные отделы сердца, стрелками обозначены: красными прямыми — нормальный ток крови, красной волнистой — затрудненный ток крови из левого желудочка в аорту, черными короткими — сокращение мышцы сердца.



Клиникалық көріністері

- ❖ Жүрек аймағындағы стенокардиялық ауру сезімі
- ❖ Бас ауру, бас айналу
- ❖ Талма



Клиникалық көріністері:

- ❖ *Жүрек аймағындағы стенокардиялық ауру сезімі*
- ❖ *Бас ауру, бас айналу*
- ❖ *Талма*



Қарап тексергенде:

- ❖ *Тері жабындысының бозаруы*
- ❖ *Жүрек ұшы тұрткісі солға жылжыған, жайылмалы, биік, резистентті*
- ❖ *Пальпацияда аорта үстінде систолалық діріл анықталады, «мысық пырылы»*
- ❖ *Перкуссияда сол жақ шекарасының солға ығысуы, аорталық конфигурация*
- ❖ *Аускультацияда жүрек ұшында I тонның әлсіреуі, аортада II тонның әлсіреуі, аортада систолалық шуыл*

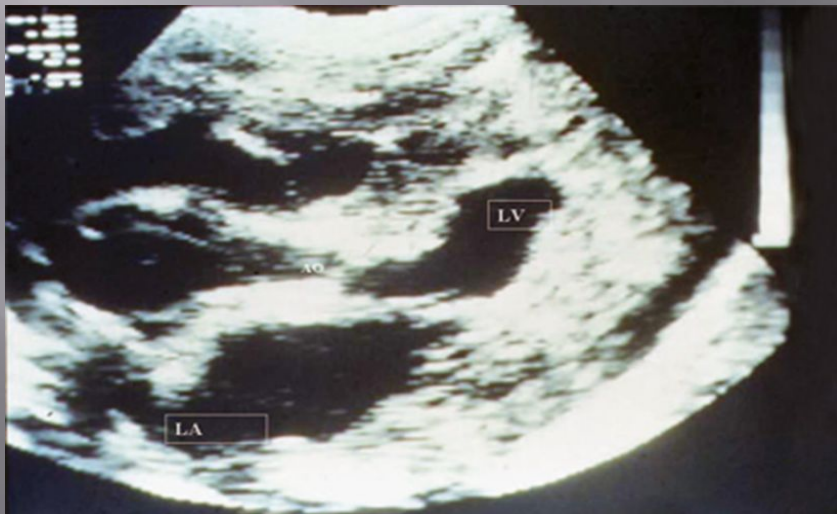
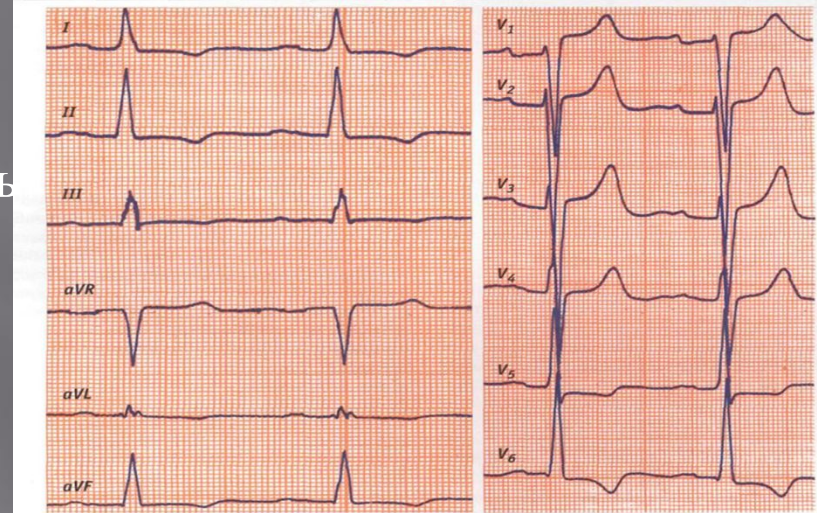
Рентгендік зерттеуде:

- ❑ Сол қарыншаның гипертрофиясы
- ❑ Аорталық конфигурация
- ❑ Аортаның жогарылаған бөлігінің кеңеюі



ЭКГ - да

- ❑ Сол жақ қарыншаның гипертрофиясы
- ❑ Коронарлық жетіспеушілік белгілері



ЭхоКГ-да

- ✓ Систола кезінде аорта жарғақшаларының ашылу дәрежесінің төмендеуі
- ✓ Интенсивті эхо-сигнал

Қорытынды

- Бірақ, біраз уақыт өткен соң жүрек өз қызметін атқара алмай, жүрек жетіспеушілігі пайда болады. Бұл ситуация науқас өзіне физикалық жүктеме түсіргенде, ауыр жұқпалы аурумен ауырғанда т.б. пайда болуы мүмкін. Жүре пайда болған жүрек ақауын дәрі дәрмекпен жеңілдетуге болады, бірақ толық жазылмайды. Тек қана оперативті еммен ғана, яғни операция жасау арқылы ғана толық жазылуы мүмкін.

Қолданылған әдебиеттер

1. Б.Х.Хабижанов, С.Х. Хамзин “Педиатрия” I том Алматы 2012
2. Шабалов М.П “ Детские болезни II том” Питр 2007
3. Нұрмұхаметұлы Ә.Н “Патофизиология” Алматы 2000
4. Айтбембет Б.Н “Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы ” Алматы 2002
5. *Бякин С.П.* Хирургическое лечение приобретенных пороков сердца, курс лекций: учеб. пособие для мед. вузов. — М.: Наука, 2006. — 131 с. с.
6. Маколкин В.М “приобретенные пороки сердца” М. Медицина 1999 г
7. Новиков В.И “методика эхокардиографии” СПб6МАМО, 1994г
8. Г.Е Ройтберг, А.В Струтинский “внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система” .