

**Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік
университеті
Медицина факультеті**

Тақырыбы: Абдоминокардиальды синдром

Орындаған: Есенов А.

Тобы: ЖМ-410х

Қабылдаған: Ашурметов Р.

ЖОСПАРЫ:

Кіріспе

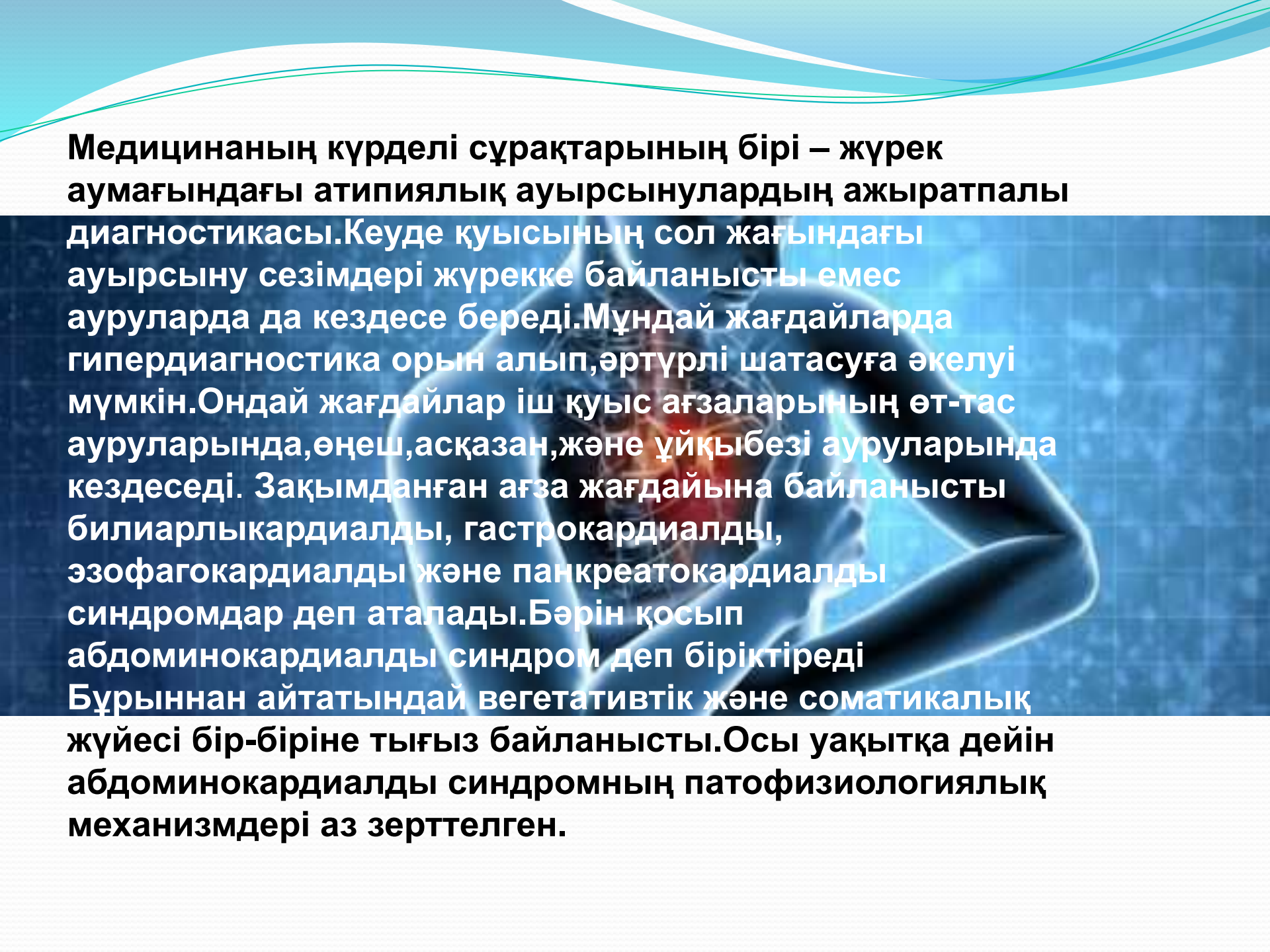
Негізгі бөлім

- Абдоминокардиальды синдром деген не
- Потофизиологиялық механизмі

Қорытынды

Пайдаланылған әдебиетте





Медицинаның күрделі сұрақтарының бірі – жүрек аумағындағы атипиялық ауырсынулардың ажыратпалы диагностикасы. Кеуде қуысының сол жағындағы ауырсыну сезімдері жүрекке байланысты емес ауруларда да кездесе береді. Мұндай жағдайларда гипердиагностика орын алып, әртүрлі шатасуға әкелуі мүмкін. Ондай жағдайлар іш қуыс ағзаларының өт-тас ауруларында, өңеш, асқазан, және ұйқыбезі ауруларында кездеседі. Зақымданған ағза жағдайына байланысты билиарлықардиалды, гастрокардиалды, эзофагокардиалды және панкреатокардиалды синдромдар деп аталады. Бәрін қосып абдоминокардиалды синдром деп біріктіреді. Бұрыннан айтатындай вегетативтік және соматикалық жүйесі бір-біріне тығыз байланысты. Осы уақытқа дейін абдоминокардиалды синдромның патофизиологиялық механизмдері аз зерттелген.

Ауырсыну әсерінен тамырлы-вегетативті өзгерістер (реактивті вегетативті синдром) орын алуы мүмкін. Іш қуысындағы ауырсынулар интерорецепторлардың тітіркенуінен болады. Механо-, баро-, термо-, және хемоинтеррецепторлары бар. Интерорецепторлар жоғарғы ауырсыну сезімталдығына ие. Интерорецепторлардың аз аумағының тітіркенуінен ауырсыну пайда болады.

Іш қуысының зақымдалуы кезінде кардиалгияның пайда болуына кеуде қуысының, париетальды іш қуысының және іш еттерінің соматикалық иннервациясы ортақ болуы себеп болады. Солай интероцептивті жолмен іш қуыс ағзаларының ауруларында абдоминокардиалды синдром пайда болуы мүмкін.

М.М.Виккер 1946 жылы кеуде қуысы ауруларында псевдоперитонеальды синдром негізгі себебі патологиялық процеске диафрагманың қатысуы деп есептеді. Осы кездегі диафрагматит іштегі ауырсынуды болдырады.

Іш қуысындағы патологиялық процесстердің (панкреатит, диафрагмаасты абцесс, перитонит, перфаративті жара т.с.с.) әсерінен диафрагманың зақымдануынан кеудеде ауырсынулар пайда болады. Өңештің, диафрагманың құрсақ будасына (солнечное сплетение) жақын орналасқан ағзалардың патологияларында диафрагмальді нерв арқылы кардиалгия пайда болуы мүмкін. Кейбір зерттеушілер тамақ ішіп болған соң миокардқа да салмақ түсетіндіктен кардиалгия пайда болады деп санайды. Асқазан ішек жолы ағзаларын механикалық не химиялық тітіркенуінен жүрек қызметіне өзгеріс әкелетініне күмән жоқ. Жүрегі сау азаматтарда бұл өзгерістер өте аз кейде ЭКГ-дан да байқалады. Жүрекке мойын симпатикалық торабынан шығатын жоғарғы, ортаңғы, төменгі жүрек нервтері барады. Мойын торабына симпатикалық талшықтар жұлынның кеуделік С3 және С4 сегменттерінен жоғарғы кеуделік сегметтердің ақ дәнекер тармақтары арқылы барады.

Жүрек аймағындағы вертеброгенді аз кездеспейді, бұл жағдайларда стенокардиямен дифференцировка жасау қажет. Бұл ажыратуды жүргізу үшін ЭКГ ға түсіру қажет және бұл кезде Т тісшесі бұзылысын анықтай аламыз. Өртүрлі себептер жүрек қызметінің және ритмінің бұзылысына әкелуі мүмкін. Жүрек етіндегі метаболикалық бұзылулар ЭКГ-да қарыншалық комплексті де өзгертеді. Синустық тахикардия , сирек қарыншалық, қарыншаүстілік экстрасистола, пароксизмальді тахикардия болуы да кездеседі. Абдомиокардиалды синдромның пайда болуы механикалық әсерлерден бөлек химиялық тітіркендіргіштен де болады. Кей кездері аз мөлшердегі тағам , сусындар абдомиокардиалды синдромның себебі болуы мүмкін. Температуралық режим әсері болуы да мүмкін.

Дені сау адамның өзіне зондты немесе эзофагогастроскопты ішіне енгізгенде ЭКГ-да өзгеріс пайда болған. Коронарлық патологиялары бар науқастарға диагностикалық зерттеу (бронхоскопия, ЭФГДС) жүргізгенде ұқсас жағдайлар орын алған. Бұл кезде жүрек жұмысына тітіркенуден бөлек аз уақыттық гипоксия да әсер етеді. Инструментальды әдістерден басқа кардиогенді емес аурулар дифференциациясын жасау үшін медикаментозды нитроглицеринмен калиймен ганглиоблокаторлармен гипервентиляциямен де сынамалар жасалады. Көптеген зерттеушілер абдоминокардиалды синдромның рефлекторлы механизмімен келісті. Бірақ барлығын рефлекторлық теорияға сыйдырып түсіндіру әлі де қиындық тудырады. Сондықтан алдағы уақытта зерттеуді қажет етеді. Абдоминальды патологияда жүрек қызметінің рефлекторлы өзгерісі жүректің атеросклеротикалық зақымдануымен қосарлана жүреді деген болжам маңызын жойған жоқ.

Гастрокардиальді синдром

Сонымен қатар абдоминальнокардиалды синдромға гастрокардиальды синдром, билиар-кардиалды синдром, панкреатокардиалды синдром және т.с.сс біріктіріледі. Жүрек пен асқазанның қызметтік байланысын алғаш рет профессор терапевт Федор Карлович хабарлады және гастрокардиалды синдром терминін енгізді. Патогенезі әлі күнге дейін толық анықталмаған. 2 негізгі теориясы бар: 1) рефлексорлы 2) коронарлық қан тамырларының атеросклерозы

Билиарнокардиалды синдром

Билиарнокардиалды синдром немесе Боткиннің коронарлы-билиарлы синдромы. Термин алғаш Боткиннің анықтауымен аталады. Клиникалық симптомы жүрек тұсы ауырсынуы, аритмия, тыныс алу қиындауы. Этиологиясы көбіне калькулезды холецистит (қысым артуы салдарынан)

Қорытынды

**ҚОРЫТА АЙТҚАНДА, ДӘРІГЕР ҮШІН ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ
ДИАГНОСТИКАДА АБДОМИНОКАРДИАЛДЫ СИНДРОМНЫҢ
АЛАР ОРНЫ ОРАСАН, СЕБЕБІ НАУҚАСТАҒЫ СИМПТОМ
ЖАЛҒАН БОЛУЫ МҮМКІН. СОНДЫҚТАН ДИАГНОЗ ҚОЙЫП ЕМ
ҚОЛДАНАР АЛДЫН ЕЛЕКТЕН ӨТКІЗІП АДАМ ӨМІРІНЕ ДЕГЕН
ЖАУАПКЕРШІЛІКТІ СЕЗІНЕ БІЛУ КЕРЕК.**

Қолданылған әдебиеттер:

Р.М.Евтихов,М.Е.Путин,А.М.Шулутко и др.-Клиническая хирургия,Москва 2006.



**НАЗАР
АУДАРҒАНДАРҢЫЗҒА
РАХМЕТ!!!**