



◎ *ТАҚЫРЫБЫ: СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШЛІГІ*



ОРЫНДАҒАН: Оспанова А.Б

◎ *ТОП: 603 АГ*

СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ

- Жүрек жетіспеушілігі деп ағзалар мен тіндердің дұрыс жұмыс атқаруына қажет затармен қамтамасыз ету және метоболизм өнімдерін шығаруға негізделген қанайналым аппаратының (соның ішінде жүрек) өзінің жұмысын атқара алмауын айтады. Созылмалы жүрек жетіспеушілігі бұл өзіндік бөлек нозология емес, ол көбінесе әртүрлі ауруларға екіншілік синдром ретінде дамиды. Көбінесе Созылмалы жүрек жетіспеушілігі жүрек қантамырауруларында, өкпе, бауыр, бүйрек, эндокринді ауруларда (қан диабеті, тиреотоксикоз, миксидема, семіру) кездерінде дамиды.



СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІНІҢ СЕБЕПТЕРІ (ЭТИОЛОГИЯСЫ):

- 1. **МИОКАРДТЫҚ** (миокардтық жетіспеушілік, жүрек бұлшықеті зақымдалуы) Біріншілік миокардтық жетіспеушілік (миокардит, дилатациялық кардиомиопатия) Екіншілік миокардтық жетіспеушілік (инфарктан кейінгі және диффузды кардиосклероз, гипотиреоз, жүректің алкогольдік зақымдалуы, ДТЖА-да жүрек зақымдалуы)
- 2. **ЦИРКУЛЯТОРЛЫҚ** (жүрек бұлшықетіне артық күш түсу) Қысыммен күш түсу (қарыншаларға систолалық күш түсу) – оң жақ және сол жақ АВ қақпақшалардың, аортаның, өкпе артериясының стенозы, артериялық гипертензия (жүйелік, өкпелік) Көлемдік күш түсу (қарыншаларға диастолалық күш түсу) – жүрек қақпақшалары жетіспеушілігі, жүрекшілік шунттар Аралас күш түсу (жүрек күрделі ақаулары, жүрекке қысым мен көлемдік күш түсуі)

3 ҚАРЫНШАЛАРДЫҢ
ДИАСТОЛАЛЫҚ ТОЛУЫ БҰЗЫЛУЫ

Артериялық гипертония,

«гипертониялық жүрек»

Гипертрофиялық және

рестрикциялық кардиомиопатия

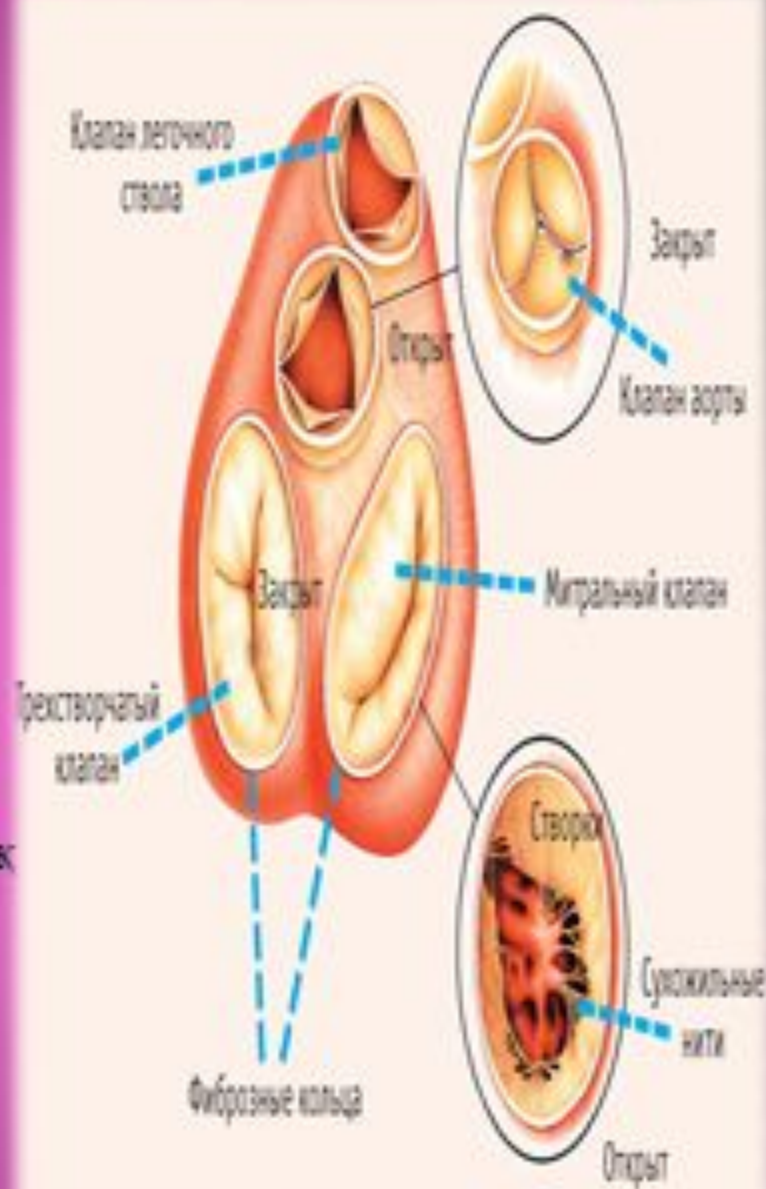
Жабысқақ перикардит

Гидроперикард

4 ЖОҒАРЫ ЖҮРЕК ЛАҚТЫРЫСЫМЕН
ЖҮРЕТІН АУРУЛАР

Тиреотоксикоз

Айқын семіздік Анық анемия Аритмиялық
кардиомиопатия (тахисистолиялық
аритмиялар)



СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕЛІСТІРУШІЛІГІ ЭТИОЛОГИЯСЫ ПАЙЫЗДЫҚ КӨРСЕТКІШ БОЙЫНША

- ◎ ЖИА (миокард инфарктын басынан өткізу) — 60%
- ◎ Жүрек ақаулары – 15 %
- ◎ Дилатациялық кардиомиопатия – 11 %
- ◎ Артериялық гипертония – 4 %
- ◎ Басқа себептер — 10 %

СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІНІҢ
ЖІКТЕЛУІ («NYHA»
НЬЮ-ЙОРК КАРДИОЛОГИЯЛЫҚ АССОЦИАЦИЯ
БОЙЫНША 1969)

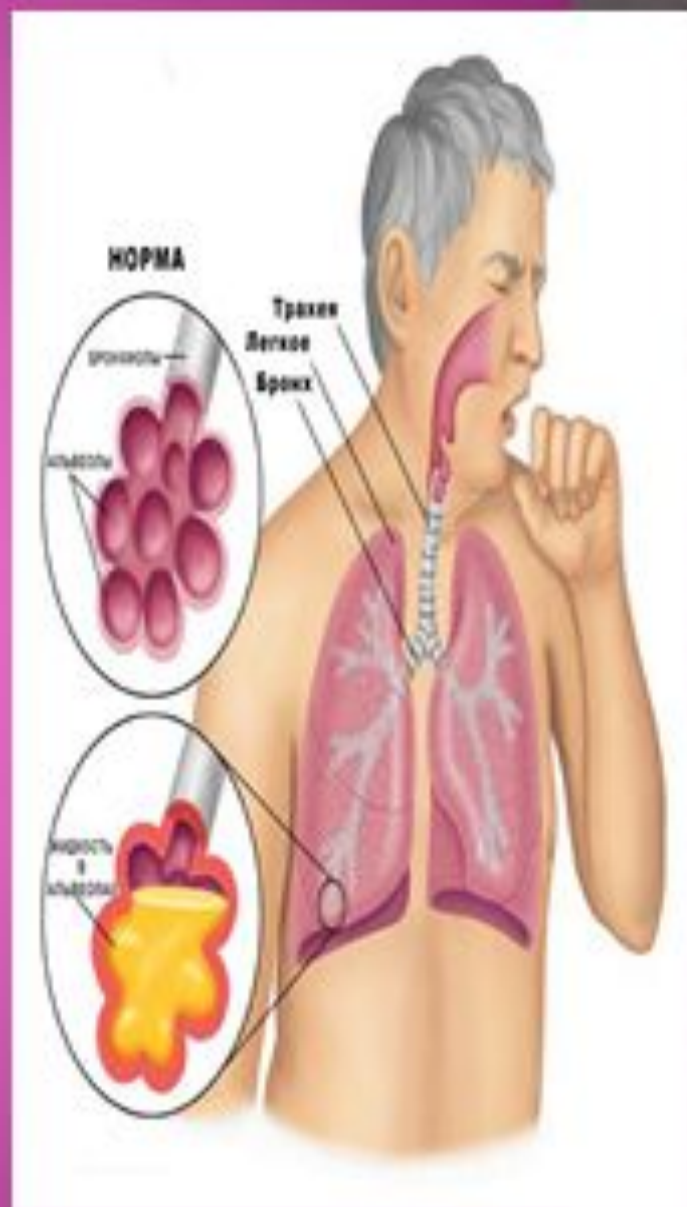
- I ФУНКЦИОНАЛДЫҚ КЛАСС – күнделікті күштемеде жүрек жетіспеушілігі белгілері (ентігу, жүрек қағуы, әлсіздік) көрінбейді.
- II ФУНКЦИОНАЛДЫҚ КЛАСС — күштеме аздап шектелуі, жүрек жетіспеушілігі белгілері (ентігу, жүрек қағуы, әлсіздік, кардиалгия) тыныштықта көрінбейді, ал күнделікті күштемеде көрінеді.
- III ФУНКЦИОНАЛДЫҚ КЛАСС — күштеме айқын шектелуі, жүрек жетіспеушілігі белгілері (ентігу, жүрек қағуы, әлсіздік, кардиалгия) тыныштықта көрінбейді, ал күнделікті күштемеден аз күштемеде көрінеді .
- IV ФУНКЦИОНАЛДЫҚ КЛАСС – ешбір күштемені атқара алмау, жүрек жетіспеушілігі белгілері (ентігу, жүрек қағуы, әлсіздік, кардиалгия) тыныштықта көрінеді, әр күштемеде арта түседі.

СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ

- Науқаста келесідей шағымдар пайда болады: Жүрек жетіспеушілігінің бастапқы сатысында ендігу физикалық жүктемеден кейін пайда болады. Ал айқын жүрек жетіспеушілігінде тыныштық уақытында да байқалады. Ендігу себебі өкпе капиллярларыда және веналарында қысым жоғарылауы жүреді. Бұл өкпенің созылғыштығын төмендетіп, дем алуға қосымша бұлшықеттердің қатысуына мәжбүр етеді.



Созымалы жүрек жетіспеушілігіне тән бір көрінісі ол ортопноэ – айқын ендігу кезіндегі тыныс алуды жеңілдету үшін науқастың мәжбүрлі жағдайда отыруы. Жатқан кезде тыныс алудың қиындауы өкпедегі капиллярларда сұйықтықтың жиналуына байланысты онда гидростатикалық қысым жоғарылауына байланысты.



- Сонымен қатар жатқан кезде көкет (диафрагма) біраз жоғары көтеріліп, дем алуды қиындатады. Түнгі уақыттағы пароксизмальді ентигу (жүрек астмасы). Мұның себебі өкпенің интерстициальді ісінуі. Түнде ұйқы кезінде айқын ентигу ұстамалары жөтелмен, өкпеде сырылдың пайда болуымен жүреді. Жүрек жетіспеушілігі ары қарай дами берсе, альвеолярлы өкпе ісінуі дамиды. Науқастардың тез шаршағыш болуы – жүрек жетіспеушілігі себебінен қан арқылы оттегі қаңқа бұлшықеттеріне жеткілікті түрде жеткізілмейді. Жүрек жетіспеушілігі бар науқастарды тағы келесі шағымдар мазалайды: жүрек айнуы, тәбеттің төмендеуі, іштің ауруы, іш үлкеюі (асцит) бауырдағы қақпа венасында қан іркіту салдарынан пайда болады.

Сердечная недостаточность



СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІНІҢ ДИАГНОСТИКАСЫ.

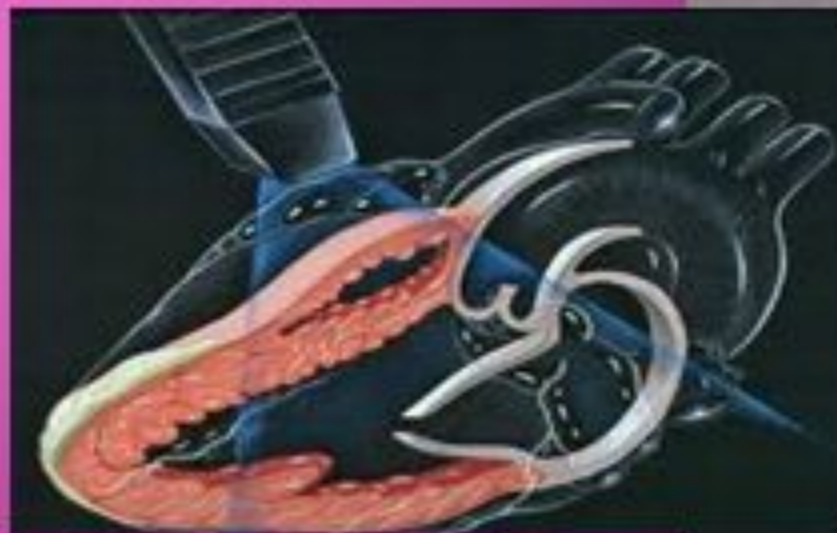
ЭКГ

Гис шоғырының сол немесе оң аяғының болокадасын, қарынша немесе жүрекше гипертрофиясын, патологиялық Q тісшесін, аритмияларды анықтауға болады. Қалыпты ЭКГ созылмалы жүрек жетіспеушілігіне күмән тудырады.



ЭхоКГ

Жүрек функциясын зерттеп, жүрек жетіспеушілігінің этиологиясын нақтылауға мүмкіндік береді. Негізгі көрініс сол жақ қарынша кеңеюі, жүрек соққысының фракциясын төмендеуі.



Рентген түсірілімі

Өкпеде сұйықтық толып, интерстициальді ісіну немесе өкпе ісіну белгілері пайда болады. Гидроторакс (көп жағдайда оң жақтық) анықталады. Ер адамдарда жүрек көлденең өлшемі 15,5 см, әйелдерде 14,5 см асқанда кардиомегалия диагностикаланады.



СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІНДЕ КЕЛЕСІТОН ДҰРЛЕРҮСЫНЫЛАДЫ:

- АПФ ингибиторлары;
(беназеприл, эналаприл,
хинаприл және т.б)
- Диуретиктер; (спиронолактон,
фуросемид, гидрохлортиазид,
буметанид және т.б)
- В- адреноблокаторлар;
(метопролол, бисопролол,
карведилол және т.б)



- Альдестерон антогонистері,
- Жүрек гликозидтері;
- Ангиотензин II рецепторларының антогонистері; (лозартан, валсартан, кандесартан, ирбесартан)
- Перифериялық вазодилататорлар;
- Метаболитикалық әсері бар препараттар



- Наиболее важным гемодинамическим сдвигом во время беременности является увеличение сердечного выброса. В состоянии покоя максимальное его увеличение составляет 30-45% от величины сердечного выброса до беременности. Нарастание этого показателя происходит уже в начальные сроки беременности: на **4-8-й неделе** он может превышать среднюю величину сердечного выброса здоровых небеременных женщин на 15%. Максимальное увеличение сердечного выброса происходит (по данным различных авторов) на **20-24-й неделе**; на **28-32-й неделе**; **32-34-й неделе**. На величину сердечного выброса значительное влияние оказывают изменения положения тела беременной.

© В раннем послеродовом периоде работа левого желудочка приближается к величине, определяемой в конце срока беременности. Благодаря возрастающему притоку крови к сердцу, уменьшению размеров матки, повышению вязкости крови вновь усиливается работа сердца на 3-4 день после родов. Все это может угрожать женщине с сердечно-сосудистыми заболеваниями развитием декомпенсации кровообращения перед родами, в родах и после них.

Объем циркулирующей крови (ОЦК) увеличивается уже в первом триместре беременности и достигает максимума к 29-36-й неделе. В родах изменения ОЦК обычно не отмечается, но он заметно снижается (на 10-15%) в раннем послеродовом периоде. Однако у женщин, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, часто бывают отеки, в том числе так называемые внутренние. ОЦК может увеличиваться за счет поступления в кровеносное русло большого количества внесосудистой жидкости, что может привести к развитию сердечной недостаточности, вплоть до отека легких. Из-за резкого выключения маточно-плацентарного кровообращения, устранения сдавления нижней полой вены сразу после рождения плода происходит быстрое увеличение ОЦК, которое больное сердце не всегда может компенсировать увеличением сердечного выброса.

Повышение нагрузки связано с усилением обмена, направленным на обеспечение потребностей плода, увеличением объема циркулирующей крови, появлением дополнительной плацентарной системы кровообращения, с постоянно нарастающей массой тела беременной. При увеличении размеров матки ограничивается подвижность диафрагмы, повышается внутрибрюшное давление, изменяется положение сердца в грудной клетке, что, в конечном итоге, приводит к изменениям условий работы сердца. Такие гемодинамические сдвиги, как увеличение объема циркулирующей крови и сердечного выброса могут оказаться неблагоприятными и даже опасными у беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, вследствие наложения их на уже имевшиеся, обусловленные болезнью.

Критические периоды беременности для обострения ССЗ.

Начало беременности - 16 недель. В эти сроки наиболее часто происходит обострение ревмокардита.

26-32 недели. Максимальные гемодинамические нагрузки, увеличение ОЦК, минутного объема сердца, снижение гемоглобина.

35 недель — начало родов. Увеличение массы тела, затруднение легочного кровообращения из-за высокого стояния дна матки, снижение функции диафрагмы.

Начало родов — рождение плода. Увеличение артериального давления (АД), систолического и минутного объема сердца.

Ранний послеродовой период. Возможны послеродовые коллапсы из-за резкого изменения внутрибрюшного и внутриматочного давления.

Большие нагрузки на сердечно-сосудистую систему при беременности происходят на 7-8-м акушерском месяце беременности и во время родов. Поэтому беременные должны быть госпитализированы в стационар не менее трех раз:

I-ая госпитализация — на 8-10-й неделе беременности для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности сохранения беременности.

II-ая госпитализация — на 28-29-ой неделе беременности для наблюдения за состоянием сердечно-сосудистой системы и, при необходимости, для поддержания функции сердца в период максимальных физиологических нагрузок.

III-я госпитализация — на 37-38 неделе для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения.

При появлении признаков недостаточности кровообращения, обострения ревматизма, возникновении мерцательной аритмии, позднего гестоза беременных или выраженной анемии больную необходимо госпитализировать независимо от срока беременности.

Большие нагрузки на сердечно-сосудистую систему при беременности происходят на 7-8-м акушерском месяце беременности и во время родов. Поэтому беременные должны быть госпитализированы в стационар не менее трех раз:

I-ая госпитализация — на 8-10-й неделе беременности для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности сохранения беременности.

II-ая госпитализация — на 28-29-ой неделе беременности для наблюдения за состоянием сердечно-сосудистой системы и, при необходимости, для поддержания функции сердца в период максимальных физиологических нагрузок.

III-я госпитализация — на 37-38 неделе для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения.

При появлении признаков недостаточности кровообращения, обострения ревматизма, возникновении мерцательной аритмии, позднего гестоза беременных или выраженной анемии больную необходимо госпитализировать независимо от срока беременности.

После рождения плода и отхождения последа наблюдается прилив крови к внутренним органам (и в первую очередь к органам брюшной полости) и уменьшение ОЦК в сосудах головного мозга и коронарных. С целью предупреждения ухудшения состояния необходимо сразу после рождения ребёнка вводить кардиотонические средства. Родильницы с заболеваниями сердца могут быть выписаны из родильного дома не ранее чем через 2 недели после родов в удовлетворительном состоянии под наблюдение кардиолога по месту жительства.