

*Тақырыбы: Тыныс жетіспеушілік синдромы,
диагностикасы, емдеу әдістері.*

Орындаған: Дінәсіл Б.С

Топ: 540ЖМ

Тексерген: Ахметова Д.Н

Жоспар:

I КІРІСПЕ

II НЕГІЗГІ БӨЛІМ

1. Этиологиясы

2. Патогензі

3. Клиникалық көрінісі

4. Емі

5. Асқынулары

6. Болжамы

III ҚОРЫТЫНДЫ

IV ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

Кіріспе

Тыныс- организмде тотығу –тотықсыздану процестерінің, яғни оттегінің организмге сырттан түсуінен бастап тіндерде пайдалануын, соның нәтижесінде көмір қышқыл газының бөлінуін, оның сыртқа шығарылуын қамтамасыз ететін күрделі процесс.

▶ Тыныс жетіспеушілігі- дегеніміз артериялық қанның газдық құрамының жеткілікті қамтамасыз етілмеуі немесе оның сырттық тыныс жүйесі функциясының артуымен қамтамасыз етілуі. Сыртқы тыныс жеткіліксіздігі - деп белгілі бір жүктемелерден кейін немесе тыныштық жағдайдың өзінде қанның қалыпты газдық құрамын сақтап тұра алмайтын өкпе мен тыныс алу жолдарының жағдайын айтады.

- ▶ Сыртқы тыныс жеткіліксіздігі нәтижесінде өкпеде оттегінің сіңірілуі, артериалық қанда гемоглобиннің оттегіге қанығуы және организмнен көмір қышқылы газының сыртқа шығарылуы бұзылады. Ол организмнің тыныштық жағдайының өзінде де артериалық гипоксемия мен гиперкапния (тыныстық ацидоз) дамуына әкеледі және қол жұмысына немесе физикалық жүктемелерге адамның мүмкіншіліктерін азайтады

Ол мына себептерден:

- ▶ ● тыныс алу жолдарының тарылуынан;
- ▶ ● өкпе тінінің дерттік өзгерістерінен;
- ▶ ● өкпеде қанайналым бұзылыстарынан;
- ▶ ● кеуде қуысы қозғалыстарының бұзылыстарынан;
- ▶ ● тыныстық бұлшықеттердің бүліністерінен;
- ▶ ● тыныс алудың жүйкелік реттелулерінің бұзылыстарынан (ОЖЖ бүліністерінен) - дамиды
- ▶ Ауыр пневмония, бронхиолит, бронхиалды астманың ауыр ұстамасы, кеуде клеткасының травмасы және созылмалы тыныс жеткіліксіздігі, созылмалы бронхит, өкпе туберкулезі, силикоздар алып келеді.

Патогенезі

ЖТЖ патогенезіне
байланысты
бөлінеді:

- гипоксемиялық
(қышқылдың
жетіспеушілігі)
- гиперкапниялық
(көмірқышқылдарды
ң жиналып қалуы)
- аралас



► Өкпеде газдардың алмасуы майда бронхиолалардан басталатын өкпе ұяшықтарында болады. Сау адамдарда тыныс алуға қатысатын өкпенің беті 160-200 м² теңеледі. Газдардың алмасуын қамтамасыз ететін бұл алаңда 100 000-дай респирондар деп аталатын өкпенің терминалдық тыныстық бірлігі және бірнеше миллиондаған өкпе ұяшықтары болады. Олар өкпе артериолаларымен келетін веналық қанмен қамтамасыз етіледі. Бұл артериолалар қылтамырларға тармақталып, ұяшықтарды жанжағынан қоршап тұрады және ары қарай өкпе көктамырларына ауысады. Веналық қан оттегіні қабылдап, көмірқышқыл газын өкпе ұяшықтарына шығарып, артериалық қанға айналады. Ол дұрыс болуы үшін сыртқы ортадан өкпе ұяшықтарына жеткілікті мөлшерде оттегі түсуі және ұяшықтар жеткілікті түрде қанмен қамтамасыз етілуі қажет. Оттегі жеткілікті түсуі үшін өкпе ұяшықтарының дұрыс желдетілуі маңызды. Осыған байланысты, көмір қышқылы газының диффузиялық қабілеті оттегіге қарағанда 20,3 есе артық болудан, артериалық гипоксемия дамуына өкпе ұяшықтарының желдетілуі (V_a) мен олардың қанмен қамтамасыз етілуінің (перфузиясының) арақатынасының ((V_a/Q)) бұзылыстары жиі әкеледі.

Тыныс жетіспеушілігінің 4 түрін ажыратады:



Обструкциялық

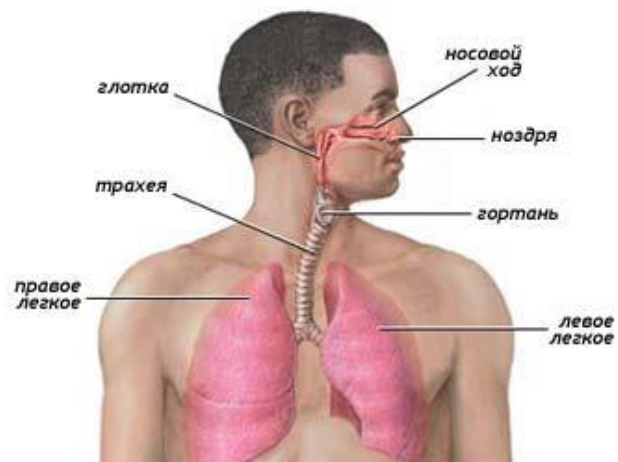
Рестрикциялық

Диффузиялық

Аралас.

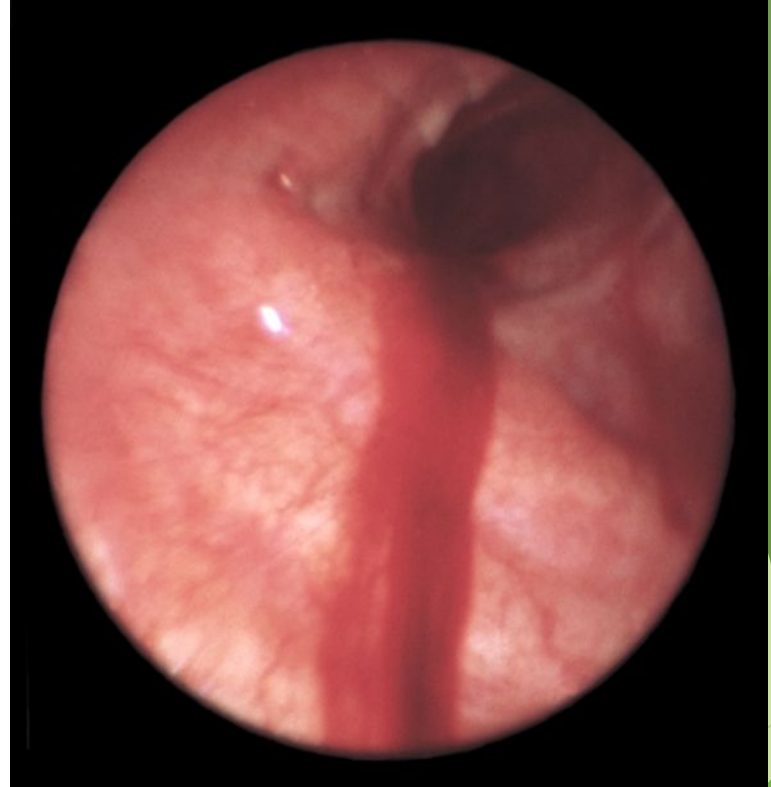
Классификациясы:

- ▶ Обструктивтік
- ▶ Рестриктивтік
- ▶ Гиповентиляциялық
- ▶ Шунто-диффуздық



Обструкциялық тыныс жетіспеушілігіне әкелетін себептер:

1. Бронхоспазм
2. Тыныс жолдарының өзегін тарылтатын бронхтар қабырғасының қабыну процестері және склероздық процестер
3. Бронхтардың өзегінде қақырық, кілегейдің жиналуы
4. Ұсақ бронхтардың сырттан басылуынан коллапсы
5. Трахея мен ірі бронхтардың экспирациялық коллапсі

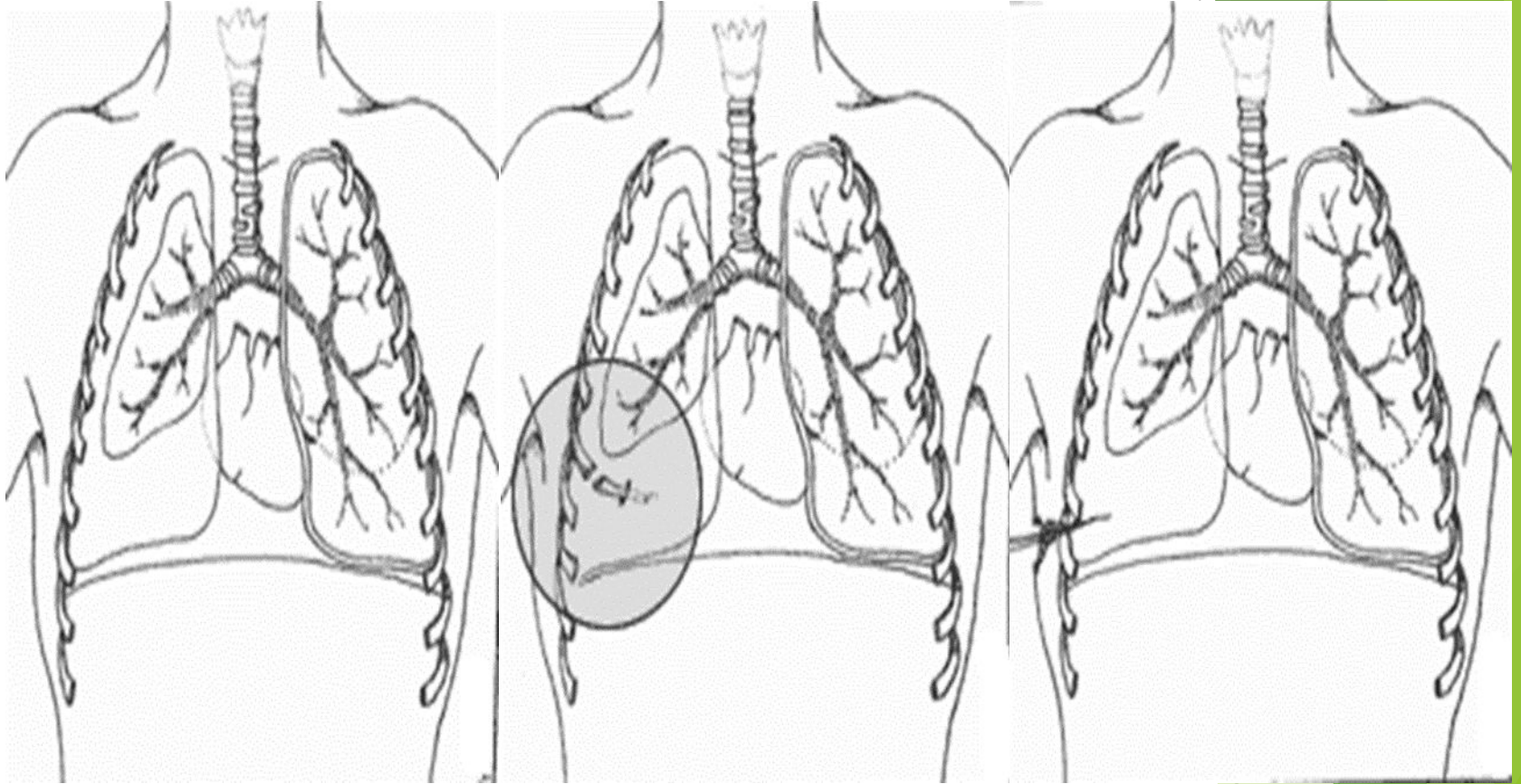


Рестрикциялық тыныс жеткіліксіздігі

- ▶ РТЖ- өкпенің тыныс бетінің азаюынан , керілуінің шектелуінен болады. Қалыптыда өкпедегі альвеолардың саны 3000 млн. жуық. Барлық альвеолалардың жалпы аумағы 10 млн. кв. құрайды, ал капиллярлардың жалпы аумағының беті- 130 м.кв шамасында.

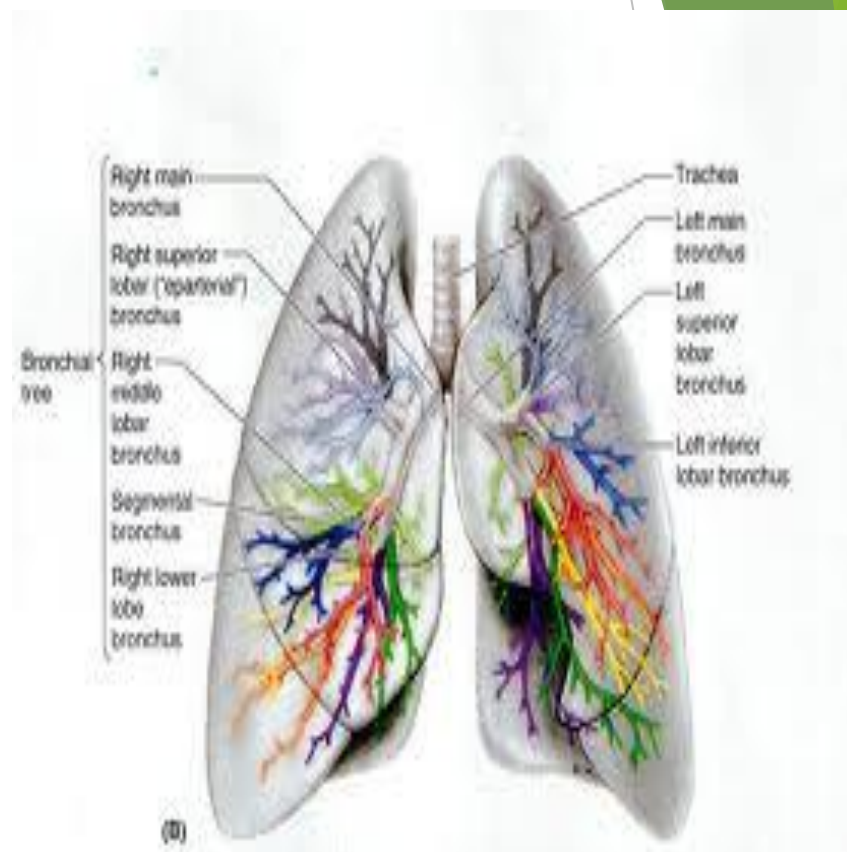
Рестрикциялық тыныс шамасыздығына әкелетін себептері:

- ▶ Өкпе тінінің инфильтрациясы
- ▶ Өкпе тінінің деструкциясы
- ▶ Өкпе тінінің дистрофиясы
- ▶ Пневмосклероз
- ▶ Пульмонэктомия, лобэктомия
- ▶ Өкпенің даму кемістіктері
- ▶ Өкпенің басылуы, ателектазы



Жедел тыныс жетіспеушілігі

- ▶ Жедел тыныс жетіспеушілігі-дегеніміз газ алмасудың бұзылысы мен гипоксемия, гиперкапния әсерінің бірнеше минуттан бірнеше күнге дейін күшеюі болып табылады.



Этиологиясы

- ▶ Қалыпты тыныс алу жүйесінің функциясы оның көптеген компоненттеріне тәуелді (тыныс алу орталығы, жүйке, кеуде торы, тыныс алу жолдары және альвеолалар). Осы аталған компоненттердің жұмысының бұзылуы тыныс жетіспеушілігіне алып келуі мүмкін.



Клиникалық көріністері:

- ▶ Тахипноэ дамуы, яғни ендікпе
- ▶ Тыныс жетіспеушілігіне шағымданады
- ▶ Цианоз дамуы-бұл симптом тек күш түскенде, кейін тыныш күйдеде болады.
- ▶ Науқас мәжбүрлі қалыпта болады, отырғанда қолын орындыққа тіреп отырады, осылай отыру арқылы науқас тыныс алу жүйесінің жұмысын жақсартады және истерикалық ұстамалардың алдын алады.

Себептері:

- ▶ Ауаның мұрын, ауыз, тамақ арқылы өтуінің қиындауы.
- ▶ Күшті эмоция, агрессия
- ▶ Өкпе аурулары-бронхит, бронхиалды астма, өкпе обструкциясы,
- ▶ Жүрек-қантамыр жүйесінің аурулары:баспадан кейінгі қабыну, жүрек бұлшықеттерінің талмасы

- ▶ Аллергиялық реакциялар
- ▶ Қанағаттандырылмайтын физикалық жағдайы, гиподинамия
- ▶ Толықтық және семіздік
- ▶ Созылмалы қорқыныш пен талмалар
- ▶ Шылым шегу
- ▶ Ең басты себебі- айналасындағылармен қарым қатынастың нашарлауы, жұтудың қиындауы
- ▶ Бірнеше күн қатарынан дене қызуының жоғарылауы

- Тыныс жеткіліксіздігінің ауырлық дәрежесіне қарай жіктемесі:
 - I дәрежесі - қанның газдық құрамы бұзылмайды. Ентігу айтарлықтай күш түскенде ғана байқалады. Тыныш жағдайда тыныс функциясының көрсеткіші қалыпты.
 - II дәрежесі - Организмде оттегінің жетіспеу белгілері пайда болады. Ентігуге байланысты күнделікті қызметін қиналып атқарады, кейде атқара алмайды.
 - III дәрежесі - Организмде оттегінің жетіспеу белгілерімен бірге көмірқышқыл газының жиналу көріністері пайда болады. Ауыр ентігуден дене қимылы шектеледі.

Диагностикасы

- Анамнез жинау
- Шағымдарын талқылау
- Лабораториялық зерттеулер: жалпы қан анализін көріністері.
- Аспаптық зерттеулер:
 - Спирометрия;
 - пикфлоуметрия
 - Бронх өткізгізтігін зерттеу
 - Қандағы газдың концентрациясын анықтау;
 - Рентгенологиялық зерттеу;

Жалпы қан анализіндегі өзгерістер

- ▶ полицитемия
- ▶ гематокриттің жоғарылауы
- ▶ қан тұтқырлығының жоғарлауы
- ▶ плазма көлемінің ұлғаюы
- ▶ гипетромбоцитоз
- ▶ ЭТЖ төмендеуі

- ▶ Спирография арқылы тексергенде өкпенің минуттық желдетуінің және өкпенің жылдамдаған өмірлік сыйымдылығының айқын төмендеуімен қатар, өкпенің өмірлің сыйымдылығының төмендеуі жатады.
- ▶ Эргоспирография
- ▶ Пневмотахометрия
- ▶ Пневмотахография
- ▶ Тыныс алу көлемің өлшеу

Пикфлоуметрия

- ▶ Пикфлоуметриямен тыныс шығарудың шың жылдамдығын анықтаймыз (ТШШЖ), яғни максимальді жылдамдық, максимальді толық тыныс алуда форсирленген тыныс шығару кезінде тыныс жолдарынан ауа шығуы мүмкін. ТЖ кезінде ТШШЖ нормадан төмен болады

Асқынулары:

- ▶ Ларингоспазм кезінде өкпе вентиляциясының бұзылысы (сіреспе, құтыру)
- ▶ Жедел көмей қабынуы (дифтериялы, вирусты круп)
- ▶ Тыныс бұлшықеттерінің параличі (ботулизм, дифтериялы)
- ▶ Обтурациялаушы трахеобронхиолалар және жедел альвеоларлы қабынулы ісіну (грипп, жедел респираторлы аурулар, қызамық және т.б)

Емі:

- ▶ Жедел тыныс жетіспеушілік кезінде ең маңызды емі-тыныс жетіспеушілігінің негізгі себебін іздеу болып табылады.
- ▶ ИВЛ ді қолдану.
- ▶ Кеуде торы аймағына физиотерапия
- ▶ Анестезия жүргізу



- ▶ Егер науқас ұзақ уақыт ЖТЖ кезінде төсек тартып жатса және оған инфекция қосылған болса, М:өкпе қабынуы. Онда:
- ▶ Адекватты тепе-теңдікте сұйықтық қабылдау
- ▶ Бронхкеңейтетін препараттар тағайындау
- ▶ Глюкокортикостероидтар
- ▶ Микробқа қарсы және вирусқа қарсы емдер жүргізу болып табылады.



Болжамы:

- ▶ ЖТЖ-нің ауырлығына, өршу жылдамдығына, себебіне байланысты
- ▶ оның қолданған шараларының адекваттылығына
- ▶ ИВЛ ді қолданбаса сәтсіз өтуіне байланысты.

Қорытынды:

- ▶ Жалпы қорытындылай келе тыныс-организмде тотығу-тотықсыздану метаболизмінің, яғни оттегінің организмге сырттан түсуінен бастап тіндерде пайдалануын, соның нәтижесінде көмір қышқыл газаның бөлінуін, оның сыртқа шығарылуын қамтамасыз ететін күрделі процесс болып табылады.

Пайдаланылған әдебиеттер:

- ▶ Қалимұрзина Б.Ш «Ішкі аурулар», 2005 ж
- ▶ Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы Б. Н. Айтбембет
- ▶ Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни, М, 1999
- ▶ Мартынова А.И. Внутренние болезни, М, 2001
- ▶ органов дыхания, М, 1968
- ▶ <http://www.google.kz/>
- ▶ <http://mail.ru/>