**Семей» Медициналық колледжі мекемесі**

**«Учреждение Медицинский колледж «Семей»**

**Оқу-әдістемелік кешен**

**Учебно-методический комплекс**

**Пән: Ішкі аурулар**

**Предмет:**

**Мамандық:** 0301000 «Емдеу ісі»

**Специаность:**

**Біліктілік:** 0301013 «Фельдшер»

**Квалификация:**

**Тақырып:** Эндокардиттер. Миокардиттер. Перикардиттер.

**Тема:**

**Оқытушы:** Балташ Ә.Ә.

**Преподаватель:**

 ӘБК мәжілісінде қаралды

 Хаттама №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ ж.

 ӘБК төрайымы \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Теориялық сабақтың барысы**

**Ход теоретического занятия**

1. **Ұйымдастыру кезеңі.** Сәлемдесу. Білім алушылардың сабаққа қатысуын тексеру, дәрісхананың тазалығы, сабаққа дайындығына назар аудару.

**Организационная часть. Сәлеметсіздер ме! Здравствуйте! Good afternoon!**

1. **Оқытушының кіріспе сөзі.** Білім алушыларға сабақтың тақырыбы мен мақсатын хабарлап, тақырып тақтаға жазылады.

**Целевая установка занятия.** (обзор темы и цели занятия)

1. **Білімнің негізін өзектілеу (негіздеу). Үй тапсырмасын тексеру.**

Актуализация опорных знаний, над которыми обучающиеся работали дома по теме:

 Үйге берілген сабақтың тақырыбы:

 Студенттермен танысу, олармен сенімді қарым-қатынас орнату, пәннің маңыздылығын тусіндіру, пікір алмасу.

Сіздерге үй тапсырмасы бойынша бірнеше сұрақтар қойылады.

**4.Жаңа тақырыпты түсіндіру. Изложение нового материала.**

**Эндокардит -** жүректің ішкі қабығының қабынуы.

Этиологиясы: Эндокардиттер әртүрлі инфекциялар нәтижесінде дамиды,әсіресе оның пайда болуына гемолиз шақырушы,стрептакоктардың, стафилакоктардың маңызы зор. Эндокардиттердің бұл түрлері ревматизм,сепсис ауруларының бір көрінісі болып табылады.Тек фибропластикалық эозинофилиямен көрінуші эндокардиттің алғашқы сырқаты деп қарауға болады. Бұл сырқат үшін қарыншалар эндокардының едәуір қалыңдап кетуі және сол жерлерде тромб пайда болуы(тромбты эндокардит) тән. Егер осы өзгерістер бүртікті бұлшықеттерге немесе хорда жіптеріне өтсе клапандар жақсы жабылмай олардың жедел жетіспеушілігі дамиды. Ауру өлімі жүрек жұмысының жетіспеушілігінен немесе тромбтар эмболиясына байланысты дамитын инфарктан болады.

Дамитын орнына байланысты ол қақпақшалы, хордалы және іргелік эндокардит деп жіктеледі. Ең айқын көріністі эндокардит қос жақтаулы және қолқа қақпақшасының жақтауларында дамиды. Жүректің оң жақ бөлігінде эндокардиттердің көбіне сол жақ бөлігіндегі эндокардитке қосарланып, жеке түрде өте сирек кездеседі. Эндокардтың эндотелиінде дистрофия мен некробиоз дамып, дәнекер тіні мукоидты, фибриноидты ісінуге, некрозға ұшырайды. Қалың қабатында клеткалар көбейіп, тромбтар түзіледі. А.И Абрикосов эндокардиттің 4 түрін ажыратады:1) Диффузды эндокардит немесе вальвулит. Бұл кезде жүрек қақпақшалары ісініп ревматизмге тән алғашқы, қайтымды өзгерістер(мукоидтық ісіну) пайда болады, бірақ қақпақшаның эндотелий қабаты бұзылмайды. Жедел сүйелді эндокардит. Жүрек қақпақшаларының жиегінде сүйел тәрізді құрылымдардың пайда болуымен сипатталады. Микроскоппен тексергенде олар фибрин жіпшелерінен, тромбоциттер мен лейкоциттерден тұратын ақ тромбтар екендігі анықталады (тромбоэндокардит). Тромбтың түзілуі эндотелий қабатының бұзылуымен, осыған байланысты жергілікті тінде тромбокиназаның пайда болуымен тікелей байланысты.3) Фибропластикалық эндокардит қабынудың продуктивті компонентінің басым болуымен, жүрек қақпақшаларының фиброздануымен сипатталады, яғни фиброз бен тыртықтану процесімен байланысты. 4)Қайталама сүйелді эндокардит. Эндокардиттің бұл түрі ревматизмнің созылмалы, қайталамалы сырқат екендігі дәлелдейді. Ревматизмнің әрбір шабылуынан кейінгі жүрек қақпақшаларындағы морфологиялық өзгерістер:дәнекер тін дезорганизациясы, жедел қабыну, олардың бір-біріне жабысып қалуына,пішінсізденуіне,тыртықтанып қалыңдануына соқтырады, осыған байланысты жүрек ақаулары дамиды.Кейде осы жерге Са тұздары шөгіп қалып, қақпақшалар қалыңдап қатып қалады.

Сонымен қатар,инфекциялық эдокардитті де ажыратамыз. Жүрек клапандарында патогенді микробтар жиналып, клапан эндотелийі зақымдалып, тромбтар түзеді.Көбінесе наркомандарда жиі кездеседі. Жүректің сол жақ бөлігінің клапандары жиі зақымдалады,ал оң жақ бөлігі сирек зақымдалады.

Асқынулары: Жүре пайда болатын жүрек ақаулары аортальді, митральді, миокард абцесі, аорта перфорациясы, іріңді перикардит, эмболиялық асқынулар- бас миының абсцесі, пневмония, гломерулонефриттер.

**Миокардит** – Жүректің бұлшықет қабатының қабынуы (миокард), жиі ревматикалық, жұқпалы немесе жұқпалы-аллергиялық сипаты бар. Миокардит жедел немесе созылмалы болуы мүмкін. Жедел миокардит тыныс алудың қысқаруымен көрінеді, цианоз, аяқтың ісінуі, мойын айналасындағы тамырлардың ісінуі, қайғы-қасірет, жүрек соғысы, аритмия. Жиі миокардитті дамытуға кейінге қалдырылған инфекция (дифтерия, жұлдыру, скарлатина, тұмау және т.б.). Аурудың одан әрі қайталануы мүмкін (ревматикалық миокардитпен), жүрек жетіспеушілігін және түрлі органдардың тамырлы тромбоэмболиясын дамытады.

Миокардиттің жиілігі диагноздардың кешігуіне және жасырын нысандарға байланысты статистикалық көрсеткіштерден әлдеқайда жоғары. Миокард қабыну процесінің белгілері 4–9% жағдайларды анықтау кезінде ғана анықталады (кейінгі зерттеулер нәтижелері бойынша). Жедел миокардиттен 1%-ден 7% -ге дейін болады науқастар, 17-21 жас аралығындағы жастар ол кенеттен қайтыс болу себебі болып табылады. Миокардит жүрек жеткіліксіздігінің және аритмияның дамуына әкеледі, қайтыс болудың басты себептері қандай?. Миокардит жастарда жиі кездеседі (науқастардың орташа жасы 30 – 40 жыл), бұл ауру кез-келген жаста болуы мүмкін. Ерлер әйелдерге қарағанда жиірек миокардитпен аурады, бірақ олар аурудың ауыр нысандарын дамытады.

Миокардиттің себептері

Миокардиттің жалпы себебі — жұқпалы аурулар:

-вирустық (Coxsackie вирусы, тұмау, аденовирустар, Герпес, В және С гепатиті);

-бактериялық (дифтерия коронибактериумы, стафилококк, стрептококки, сальмонеллалар, хламидиоз, rickettsia);

-саңырауқұлақ (Aspergillae, Candida),;

-паразиттік (трихинелла, эхинокок) және т.б.

Ауыр миокардит скарлатина, сепсис, дифтериямен кездеседі. Кейде миокардит жүйелі тіндік ауруларда дамиды: жүйелі қызыл эритематоз, ревматизм, васкулит, ревматоидты артрит, аллергиялық аурулармен. Сондай-ақ, миокардиттің себебі кейбір препараттардың уытты әсері болуы мүмкін, алкоголь, иондаушы сәуле.

Көп жағдайларда миокардит эндокардиттер мен перикардиттермен жүреді, жиі, қабыну процесі тек миокардқа әсер етеді. Миокардтың зақымдануы инфекциялық агенттердің тікелей миокардиоцитолитикалық әрекеті кезінде пайда болуы мүмкін; токсиндердің әсерінен, қан айналымы (жүйелі инфекция кезінде); аллергиялық немесе аутоиммундық реакциялардың нәтижесінде. Жиі жұқпалы-аллергиялық миокардит болады.

Патогенезі: Жүрек бұлшықеті зақымданып, иммундық жүйеде оларға қарсы антиденелер түзіледі. Антиденелер қандағы комплиментпен қосылып, иммундық кешен түзеді, оның миокартта, жүрек қан тамырларында шөгіп қалуына байланысты иммундық қабыну үрдісі басталады, миокард тінін бұзуда иммундық жүйеде түзілген, киллерлік әсер етуші, Т-лимфоциттердің маңызы зор. Демек, осы аурудың организмде үдемелі (қатерлі) түр алуы иммундық механизммен байланысты.

Миокардиттің жіктелуі

Миокардиттің пайда болу механизмі мен даму механизміне байланысты келесі формалар бөлінеді:

- инфекциялық және жұқпалы-токсикалық (тұмаумен, Coxsacki топтық вирусы, дифтерия, скарлатина және т.б.);

- аллергиялық (иммунитет) (сарысуы, жұқпалы-аллергиялық, трансплантациялау, дәрілік, жүйелі аурулардағы миокардиттер);

- улы-аллергиялық (триотроксикозбен ауырады, уремия және алкоголь жүрек);

- идиопатикалық (түсініксіз табиғаты).

Қабыну зақымдануларының миокардитінің таралуы диффузиялық және фокалды болып бөлінеді. Ауырлығы бойынша — жеңіл, орташа, ауыр.

Қабыну сипатына сәйкес экссудативті-пролиферативті (қабыну инфильтративті, қан тамырлары, дистрофиялық, аралас) және балама (дистрофиялық-некробиотикалық) миокардит.

Инфекциялық миокардитті дамытуда (ең кең тараған) 4 патогенетикалық кезең бөлінеді:

* Жұқпалы-токсикалық
* Иммунологиялық
* Дистрофиялық
* Миокардиосклеротикалық

Миокардиттің белгілері

Миокардиттің клиникалық белгілері миокардтың зақымдану дәрежесіне байланысты, жүрек бұлшықетіндегі қабыну процесінің ауырлығы мен прогрессиясы. Бұл миокардтың және аритмияның шартты функциясының жеткіліксіздігінің көріністерін қамтиды. Инфекциялық-аллергиялық миокардит, ревматикалық емес, әдетте инфекцияның фонында немесе одан кейін бірден басталады. Аурудың басталуы олигосимптоматикалық немесе жасырын болуы мүмкін.

Пациенттердің негізгі шағымдары — ауыр әлсіздік және шаршау туралы, жүректегі ауырсыну (ащы немесе пароксизмалы), ырғақ бұзылулары (жүрек соғысы, үзілістер), терлеу, кейде бірлескен ауырсыну. Дене температурасы әдетте төмен немесе қалыпты болады. Миокардиттің сипаттамалық көріністері — бұл жүрек өлшемдерінің өсуі, қан қысымын төмендету, қан айналымы жеткіліксіздігі.

Миокардиттері бар науқастарда терілері бозғылт, кейде көгерген көлеңкесі болады. Жүрек жеткіліксіздігімен мойын тамырларының ісінуі байқалады. Intracardiac өткізгіштік бұзылулары орын алады, тіпті кішкентай зақымданулармен, аритмияны тудыруы және өлімге әкелуі мүмкін.

Миокардиттің асқынуы: Ұзақ мерзімді миокардитпен жүрек бұлшықетінің склеротикалық зақымдануы дамиды, кардиосклероз пайда болады. Жүректің ауыр бұзылыстары кезінде жедел миокардит жағдайында жүрек жетіспеушілігі тез дамып келеді, аритмия, кенеттен қайтыс болған.

Миокардитті сәтті емдеудің алғышарты — жұқпалы ошақтарды анықтау және қалпына келтіру, патологиялық үдерісті қолдау: тонзиллит, отит, синусит, периодонтит, аднексит, простатит және т.б. Зақымдануды қалпына келтіргеннен кейін (хирургиялық немесе терапевтік), антивирустық немесе антибиотикалық терапия курсы, емнің микробиологиялық мониторингі қажет.

Миокардиттің патогенетикалық терапиясында қабынуға қарсы, антигистамин және иммуносупрессивті препараттар. Nonsteroidal қабынуға қарсы препараттар жеке тағайындалады, дозаны таңдау және емдеу ұзақтығы; жою критериі миокардта қабынудың зертханалық және клиникалық белгілерінің жоғалуы болып табылады. Күшті, Глюкокортикоидтық гормондар миокардиттің прогрессивті курсымен белгіленеді. Антигистаминдер қабыну медиаторларын блоктауға көмектеседі.

Калий препараттары миокардта жүрек бұлшықетінің метаболизмін жақсарту үшін қолданылады, инозин, дәрумендер, ATP, кокарбоксилаз. Миокардитті симптоматикалық емдеу аритмияларды жоюға бағытталған, гипертониясы, жүрек жеткіліксіздігінің белгілері, тромбоэмболиялық профилактика. Миокардитті емдеу ұзақтығы аурудың ауырлығымен және күрделі терапияның тиімділігімен анықталады және орташа алты ай, кейде ұзағырақ.

**Перикардит**  - жүрекқаптың қабынуы. Бұл кейбір аурулардың синдромы ретінде жиі кездеседі, жеке ауру түрінде сирек еездеседі. Перикардиттің диагнозын қою көп қиындық туғызады.

Этиологиясы:

Инфекцияның ішінде перикардиттің ең жиі себептері болып вирустар ( Коксаки энтеровирусы, ұшық вирустары, грипп вирустары) табылады.

Бактериялық перикардиттер ішінде туберкулездік перикардит басым болады, ол көбінесе констрикциялы перикардит түрінде бой көрсетеді. Жедел бактериялық бейспецификалық перикардит сепсисте, кеуде торының жарақатында жəне кеуде торының жедел инфекциялы ауруларында кнздеседі.

Инфекциялық емес перикардиттердің ішінде жиі кездесетіні миокард инфарктісінде болатын, Дресслерсиндромында дамитын перикардиттер

Патогенезі: Перикардиттің дамуы жоғарыда айтылған улы заттардың тікелей әсерінен немесе олардың қан, лимфа арқылы келуімен байланысты,  кейде ол иммунды қабынудың бір түрі есебінде көрінеді.

Перикардитте көбінесе фибринді қабыну болып, эпикард және перикард бетінде фибрин жіпшелері (түктері) пайда болады, осы көрініске "түкті жүрек" деген ат берілген. Егер осы фибринге бай экссудат дәнекер тканьге айналса жүрек қабы бүтіндей бітіп немесе эпикард пен перикард арасында өте қатты (адгезивті) фиброзды ткань пайда болады, кейде осы жерге кальций түздары "шөгіп қалып", жүректі темір құрсаудай қысып, ("сауытты жүрек") оның жұмысын қиындатады.

Жіктемесі:

І.Жедел перикардит (6 аптаға дейін)

 1. Құрғақ неме е фибринозды

 2. Сұйықты немесе экссудатты
ІІ. Жеделше (6 апта-6ай)
ІІІ. Созылмалы (6 айдан жоғары)

 1. Эксудатты

 2. Эксудатты-адгезиялық

 3. Адгезиялық:

 а) констрикциялы

 б) констрикциясыз

Этиологиясына қарай:

I. Инфекциялық перикардит

II. Инфекциялық емес перикардит

III. Идиопатиялық перикардит

Клиникалық көрінісі: Құрғақ Перикардиттің басты белгілері – жүрек тұсының ауруы, перикард үйкелісінің шуы жəне ЭКГ өзгерістері ауырғандық біртіндеп басталады, жүрек тұсында, төстің сол жағында орналасады, кеуденің оң жағына немесе сол жақ жауырынға тарайды. Сыздап, жаншып ауырады, сипаты біркелкі, бірнеше сағатқа созылады. Ауырғандық тыныс алумен, қимылмен, дене қалпын өзгертумен байланысты. Перикард үйкеліс шуы абсолютті тынық дыбыс аймағының үстінде естіледі. Перикардитке патогномониялық симптом – үш фазалы шу.

Экссудативті перикардит -диагностикалық іздеу:
I кезең:
1) ауырсыну бірте-бірте әлсіреп, өте өткір және түтіккен енеді; кейде ол жүрегінде ауырлық ғана сезім тудырады.
2) әлсіз болып күш түскенде ентігу,кейде отырған кездеде ентігу(экссудат жиналады перикардтың төменгі аймақтары);
3) құрғақ жөтел, кейде сұйықтықтың қысымы салдарынан құсу. Алайда, жылдамдығы баяу: симптомдардың басталуы эксудаттың өсу қарқыны бойынша анықталады.

II кезең :диагностикалық іздеу туралы ол перикард қуысында сұйықтықтың белгілері іздеу үшін маңызды болып табылады.
1) барлық бағыттар бойынша жүрек түтігу шекарасын кеңейту (орын алуы мүмкін сұйықтық мөлшері, 300-500 мл)
2) жүрек ұшы серпіні және басқа да пульсация.
3) көптеген перикард үйкеліс шуы.
4) парадоксальді пульс болады.
5) веноздық қысым артуына байланысты мойын веналарының ісінуі,бет Ісінуі байқалады.
III кезеңде диагноз үшін маңызды :
Электрокардиограмма, Рентгендік және ЭхоКГ.
ЭКГ өзгерістерді көрсетеді құрғақ перикардит байқалады ұқсас: ST сегменті көтеріледі, толқын инверсия кейіннен T және патологиялық Q толқын болмауы жиі кернеу сұйықтық резорбция артты, сондай-төменгі кернеу кешені QRS сипатталады.

Диагностикасы:

Науқастың шағымы бойынша
-Анамнезі бойынша
-Обьективті жалпы қарау бойынша
-Лабораториялық зерртеулер:
-Жалпы қан анализі
-Жалпы зәр анализі
-биохимиялық анализ
микробиологиялық,серология-лық зерттеулер
-Электрокардиограмма, Рентгендік және ЭхоКГ,Жүрек УЗИ-і.

Емі: Антибактериалды терапия,пункция кезінде іріңді сорып алып,перикард қуысына тиісті антибиотиктерді енгізу.Перикардтқа ірің жиналуына байланысты 3-5 күнде пункцияны қайталап отыру,егерде нәтиже болмаса перикардты жергіліті жансыздандыру немесе наркоз беру арқылы тіліп ашып,санациялайды.Перикардиотомияны төстің семсер тәрізді өсіндісінің бойымен тіліп,диафрагма үстінен жасайды.Іріңді перикардитке шалдыққан науқастардың тағдырын болжау қиын,бұл науқастарда көбінесе ауыр жүрек-тамыр жетіспеушілігі орын алады.

**5.Жаңа тақырыпты бекіту:**

- Эндокардит дегеніміз не?

- Миокардит дегеніміз не?

- Перикардит?

- Клиникасы және диагностикасы?

**Закрепление новой темы:**

**6.Баға қою**

**Выставление оценок**

**7.Үй тапсырмасы. Домашнее задание.**

## Тақырыбы: Эндокардиттер. Миокардиттер. Перикардиттер.

**Тема:**.

**Пайдаланатын оқулықтар.Литература:**

[1] – Внутренние болезни: Учебник: в 2 т./ Под ред. А.И.Мартынова, Н.А.Мухина, В.С.Моисеева, А.С.Галявича (отв.ред.) - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. Т.1.

[2] – Внутренние болезни: Учебник: в 2 т./ Под ред. А.И.Мартынова, Н.А.Мухина, В.С.Моисеева, А.С.Галявича (отв.ред.) - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. Т.2.