

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI OLIY VA O'RTA MAXSUS
TALIM VAZIRLIGI ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT
INSTITUTI**

Narziev SH.S Abdullaeva M.A

ICHKI KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASI



Buxoro – 2017

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI OLIY VA O'RTA MAXSUS
TALIM VAZIRLIGI ABU AII IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT
INSTITUTI**

Narziev SH.S Abdullaeva M.A

ICHKI KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASI

O'QUV QO'LLANMA

Ushbu O'QUV QO'LLANMA

3-4 kurs stomatologiya va 3 kurs davolash, tibbiy pedagogika fakulteti talabalari
foydalanishi uchun mo'ljallangan.

Buxoro – 2017

Tuzuvchilar:

1. “Ichki kasalliklar propedevtikasi, klinik farmakologiya va OXI kafedrası” katta o’qituvchi t.f.n. Narziev Sh. S.
2. Fiziologiya va patologik fiziologia kafedrası katta o’qituvchisi Abdullaeva M.A.

Taqrizchilar :

1. Samarqand davlat tibbiyot instituti 4-son ichki kasalliklar propedevtikasi va gematologia kafedrası dots, t.f.n : Dusanov A.D.
2. Buxoro davlat tibbiyot instituti Sharq tabobati, fizioterapiya va davolovchi badantarbiya kafedrası: t.f.n. dots. Nurboyev F.E.
3. Buxoro davlat tibbiyot instituti Fakultativ va gospital terapiya kafedrası : t.f.n. dots. Nosirova M. SH.

ANNOTATSIYA

Ichki kasalliklar propedevtikasi oliy tibbiy ta'lim maktablarni zaminiy fanlaridan biri bo'lib shifokor tayyorlash tizimini nazariy asosi shaklida ularda klinik fikr yuritish shakllanishini asosidir. Bu fan eksperiment va klinik materiallarni yig'ilishi, ular asosida nazariy holatlari shakllanishi, norma va patologiyada organizm hayot faoliyatini yangi qonunyatlarini ochilishi bilan doimo rivojlanib turadi. Bular esa talabalar uchun zudlik bilan yangi o'quv materiallarini tuzishni ta'qazo etadi.

Ushbu qo'llanma ichki kasalliklar propedevtikasini zamonaviy dasturi asosida yozilgan bo'lib unda ichki kasalliklar propedevtikasi predmeti, maqsadi, vazifalari va uslublari yoritilgan;

O'quv qo'llanma talabalarga kasalliklar to'g'risida va etiologik omillarini, patogenezini, ob'ektiv, sub'ektiv (so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya) va laborator, instrumental tekshiruv metodlarini o'rganishga imkon yaratadi hamda talabalarga ko'p ma'lumotlar olish imkonini beradi aniqlash va davolash printsiplari haqida zamonaviy ma'lumotlar keltirilgan.

АННОТАЦИЯ

Пропедевтика внутренних болезни – одна из фундаментальных дисциплин в высшей медицинской школе, является теоретической базой системы подготовки врача, формирования основ его клинического мышления. Она постоянно развивается в связи с непрерывным накоплением фактических экспериментальных и клинических данных, формулированием на их основе теоретических положений, открытием новых закономерностей жизнедеятельности организма в норме и при патологии, что требует оперативного издания учебных материалов для студентов медицинских вузов.

Настоящее учебное пособие написана в соответствии с современной учебной Программой по пропедевтики внутренних болезни. В учебном пособие характеризуется предмет, цели, задачи и методы пропедевтики внутренних болезни ; основные понятия о заболеваний приведены современные систематизированные представления об этиологии, механизмах развития, проявления, принципах выявления и лечения типовых форм патологии органов и физиологических систем, отдельных синдромов и нозологий.

SUMMARY

Propedeutics of internal diseases is one of the fundamental disciplines in higher medical school, is the theoretical basis of the system of training physicians, the foundations of clinical thinking. It is constantly evolving in connection with the continuous accumulation of experimental and clinical data, formulation on the basis of their theoretical positions, the opening of the new patterns of the life activity of an organism in norm and at a pathology that requires prompt publication of educational materials for medical students.

This textbook is written in accordance with modern educational Program. propedeutics of internal disease. The materials of the lectures is characterized by the object, purpose, tasks and methods of propaedeutics of internal diseases ; concepts of disease given a contemporary systematic understanding of the etiology, mechanisms of development, manifestations, principles for the identification and treatment of typical forms of pathology of organs and physiological systems, individual syndromes and diseases.

Mundarija

1. Fanning maqsad va vazifalari.

Ichki a'zo kasalliklari to'g'risida umumiy tushuncha va ichki tibbiyot vazifalari..... -6

2. Bemorni klinik tekshirish usullari va ichki kasalliklarning umumiy semiologiyasi. Bemor haqida ma'lumot yig'ish, alohida so'rab-surishtirish, shikoyatlari va kasallik hamda hayot anamnezi. Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish (bemorning umumiy ahvoli, es-hushining holati, tana tuzilishi). Umumiy ko'zdan kechirish qoidalari, bemorni umumiy tekshirish -24

3. Nafas tizimi kasalliklari. O'tkir va surunkali bronxit..... -71

4. O'tkir zotiljam. Bronxial astma. O'pka to'qimasi zichlashish sindromi. O'pka to'qimasi yallig'lanish kasalligi (krupoz va o'choqli pnevmoniya) bosqichlari, simptomatologiyasi, davolash. Asosiy klinik sindromlar. ... -84

5. Yurak, qon-tomir kasalliklari. Yurak, qon-tomir kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish usullari; so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya. Revmatizm..... -126

6. Tug'ma va orttirilgan yurak nuqsonlari diagnostikasi: mitral va aortal yurak nuqsonlari. Yurak mitral klapan parogi (etishmovchilik va mitral klapan stenoz), gemodinamika, etiologiya, fizikal ma'lumotlar, diagnostika (EKG, FKG, EXOKG) -147

7. YuIK. Stenokardiya. Miokard infarkti. Yu.I.K. haqida tushuncha. Stenokardiya: etiologiya, klinika, diagnostika, klassifikatsiya, EKG. -166

8. Xafaqonlik kasalligi, etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi. Simptomatik gipertoniya haqida tushuncha (buyrak, endokrin, gemodinamik) -

9. Yurak ritmining buzilishi. Aritmiyalar. Yurak funksiyasining buzilishida: avtomatizm, ko'zg'aluvchanlik, o'tkazuvchanlik, qisqaruvchanlik va ulardagi EKG belgilari... -195

10. Hazm tizimi kasalliklari. Gastritlar. Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalliklari diagnostikasi. Qizilo'ngach xastaliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish usullari (subyektiv, obyektiv, laborator-instrumental) -213

11. Jigar va o't yo'llari kasalliklari. Surunkali hepatitlar. Jigar tsirrozi. Surunkali xoletsistit va pankreatitlar. Gepatobiliar patologiya bilan kasallangan bemorlarni so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya. Asosiy klinik sindromlar: sariqlik, portal gipertenziya va jigar yetishmovchilig -245

12. Siydik ajratish tizimi kasalliklari. O'tkir va surunkali pielonefrit va glomerulonefritlar. Asosiy klinik sindromlar (Nefrotik sindrom).. -289

13. Endokrin tizimi kasalliklari. Diffuz toksik zob. Gipotireoz. Qandli diabet, etiologiyasi, patologiyasi, klinika, diagnostika, shoshilinch yordam -327

14. Qon yaratish tizimi kasalliklari. Qon sistemasi kasalliklarida bemorlarni asosiy shikoyatlari. Kasallik tarixi. Bemorlarning hayot anamnezi. Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish. Taloq palpatsiyasi va perkussiyasi. Limfa tugunlar palpatsiyasi. Kamqonliklar. Temir tanqisligi, Vit B12 va foliy kislotasi tanqisligi, gemolitik, gipoaplastik, qon ketishidan keyin kelib chiqadigan kamqonliklar. -355

15. Endokrin tizimi kasalliklari. Diffuz toksik zob. Gipotireoz. Qandli diabet, etiologiyasi, patologiyasi, klinika, diagnostika, shoshilinch yordam. -329

16. Gemoblastozlar. O'tkir va surunkali leykozlar. Limfogranulematoz. Leykozlar simptomatologiyasi. O'tkir va surunkali mieloleykoz va limfaleiy -395

17. Biriktiruvchi to'qima kasalliklari. Sistemali qizil bo'richa, sistemali sklerodermiya, sistemali dermatomiozit, tugunchali periarterit, revmatoidli poliartrit. -415

Оглавление

1.Введение в пропедевтику и её задачи.	6
2.Учение и осмотр больных анамнез больного.	24
3.Патология дыхания. Острый и хронический бронхит.....	21
4.Острая пневмония. Бронхиальная астма.Синдром уплотнение легочной ткани.Пневмония (крупозная и очаговая) легочной ткани , стадии, симптомы, лечение. Основные клинические синдромы.	
5.Сердечно-сосудистые заболевание:методы диагностики , распросс, осмотр,пальпация,перкуссия, аускультация.Ревматизм.	
6. Диагностика врожденных и приобретенных сердечных пороги: митральные и аортальные сердечные пороги.Порок митрального клапана сердца (недостаток и стеноз митрального клапана), гемодинамика , этиология , физические свойства, диагностика(ЭКГ , ФКГ , ЭХОКГ).	
7.Стенокардия.Инфаркт миокарда.Стенокардия: этиология,клиника, диагностика,классификация , ЭКГ.	
8.Болезнь этиология,патогенез,классификация , клиника. Понятие о симптоматической гипертензии(почечные,эндокринные,гемодинамическое).	
9.Аритмия сердца.Автоматизм,возбудимость,проводимость,сократимость при пазрушении функции сердца, признаки ЭКГ....	
10.Болезни пищеварительной системы.Гастрит.Диагностика язв желудка и двенадцатиперстной кишки.Методы исследования больных пищевода (субъектив, объектив,инструментально-лабораторный).	
11.Болезни печени и желчных путей.Хранические гепатиты. Церроз печени.Хранические холициститы и панкреатиты. Распрос, осмотр гепатитов. Пальпация и перкуссия селезенки. Основные клинические синдромы: желтуха, портальная гипертензия и недостаток печени.	
12.Болезни мочевыводящих путей.Острые и хранические пиелонефриты и гломерулонефриты. Основные клинические синдромы (нефротический синдром).	
13.Болезни эндокринной системы.Диффузотоксический зоб. Гипотериоз. Сахарный диабет : этиология, патология,клиника , диагностика, 1-ой помощ.	
14.Болезни органов кроветворения.Основные жалобы больных.История болезни.Анамнез жизни.Общий осмотр больных. Перкуссия и пальпация селезенки,лимфатических узель.Анемии.Железодефицит. Дефицит вит. Б12 и фолиевый кислоты.Анемии после кровепотери.	
15. Болезни эндокринной системы. Диффузотоксический зоб. Гипотериоз. Сахарный диабет : этиология, патология,клиника , диагностика, 1-ой помощ.	
16.Гемобластозы.Острые и хронические лейкозы. Лимфогранулематоз. Симптоматология лейкоз. Острые и хронические миелолейкоз и лимфалейкоз.	
17.Болезни соединительной ткани.Системная - красная волчанка, склеродермия , дерматомиозит и узельковый периартериит, ревматоидный полиартрит.	415
18.Радиационные излучение.Основные виды ионизирующего излучения и их влияние на организм.	

Table of contents

Fanning maqsad va vazifalari. Ichki a'zo kasalliklari to'g'risida umumiy tushuncha va ichki tibbiyot vazifalari.

Tayanch atama va iboralar: Simptom, sindrom, semiologiya, nazologiya, etiologiya, patogeneza, diagnoz, sanitariya, gigiena, profilaktika, palpatsiya, kasallik tarixi, anamnez yig'ish.

Ichki kasalliklar tibbiy fanlar ichida va uni amaliyotida juda muhim o'rin egallaydi, chunki ular juda ko'p uchraydi, ancha og'ir kechadi, ko'p hollarda esa kishining hayotini xavf ostida qoldiradi, ayniqsa ularning kishi sog'ligi va ish qobiliyatiga keltiradigan zarari kattadir. Shuning uchun ichki kasalliklarga qarshi kurash — sog'liqni saqlashning asosiy va etakchi vazifalaridan biridir. Ichki kasalliklarni o'rganish boshqa jihatdan ham muhim, chunki ularni bilmay turib, vrach qaysi ixtisoslikni tanlab olmasin, u umuman ishlay olmaydi. Ma'lumki klinik meditsina o'z tarixiy o'tmishida faqat umumiy, yoki ichki meditsina (terapiya) hamda jarrohlik (xirurgiya) ga bo'lingan edi. Haqiqatdan ham bunday bo'linish kasallikning xarakteriga qarab emas, balki uni davolash usullariga asoslanadi. Umumiy (ichki) meditsina bilan shug'ullanuvchilar dori moddalarni turli usullar bilan patsientlarga tavsiya etadilar: misol uchun ichishga, in'ektsiya, huqna, surtma usullarida buyuradigan va davolaydilar, bundan tashqari fizioterapiya, uqalash usullari ham mavjud, jarrohlikda esa operatsiya usuli bilan davolaydi. Umumiy, ya'ni ichki meditsina bo'yicha vrach tashqi tomondan qo'llanuvchi vositalardan (masalan, teriga ishlatiladigan) malham, fizik vositalardan (aksariyat maxsus asboblarni ishlatib) kam foydalanib, amalda u ichki meditsina vrachlari bajaradigan ishdan kengroq doirada foydalanib va operatsiya usulini qo'llamay davolovchi vrach degan nom olgan edi. Meditsina fani rivojlanib borgan sari ichki meditsinadan ham, xirurgiyadan ham ayrim sohalar asab (nerv) kasalliklari teri va genetik kasalliklar, yuqumli kasalliklar, ko'z kasalliklari, burun, tomoq, quloq va ogiz bo'shlig'i kasalliklari (stomatologiya), siydik tanosi kasalliklari (urologiya) va boshqa sohalar ajralib chiqdi. Shunday qilib, hozirgi vaqtda ichki meditsinaning chegaralari birmuncha aniqlashdi va umumiy (xirurgiyasiz) meditsinadan ko'proq ichki organlarda uchraydigan kasalliklar haqidagi fanga aylandi. Biroq xirurgiyaning ham ichki organlarning kasalliklari bilan har doim shug'ullanishi hammaga ma'lum. Demak ichki meditsina ko'proq ichki organlarda uchraydigan kasalliklar haqidagi fan bo'lishi bilan birga ayni vaqtda o'ziga xos (xirurgiyasiz) davolash printsiplari bilan ham farqlanadi. Bu printsiplarni davolashda organizmning fiziologik holatini va uning to'qimalarini tiklash hamda turli xil kasallik holatlarini bartaraf qilish vaqtida to'qimalarning butunligiga putur etkazmaslikni ko'zda tutadi.

Bundan, ichki meditsinani yetarlicha o'rganmasdan xirurgiya haqida gap bo'lishi mumkin emas va u ko'proq ichki meditsinaga qo'shimchadir degan xulosa kelib chiqadi (ba'zi kasalliklarni maxsus xirurgik yo'l bilan davolash masalasini hal qiladi).

Yuqorida aytilganlar o'z vaqtida ichki (umumiy) meditsinadan ajralib chiqqan boshqa klinik ixtisosliklarga ham ta'luqlidir. Ichki organlar nerv sistemasi bilan birgalikda o'z funksiyasiga ko'ra gavdamizning boshqa organ va to'qimalari — teri, harakat tayanch tizimi, sezgi organlari holatini belgilaydi. Ichki organlar bilan nerv sistemasi o'rtasida bog'lanish shu qadar mustahkamki, biror bir ichki organning funksiyasini nerv to'qimasining funksiyasidan ajratish mutlaqo mumkin emas. Shuningdek, nerv to'qimasining faoliyatini qon aylanish tizimining ishtirokisiz ham tasavvur etib bo'lmaydi. Uning nafas va ovqat hazm qilish tizimi organlari faoliyati natijasida zarur miqdorda materiallar, ichki sekretsiya bezlardan va jigardan garmon va boshqa kimyoviy moddalar keltirilishiga ham bog'liq. Demak turli kasalliklarning mohiyatini yaxshi tushunish uchun ichki meditsina haqida yetarlicha, klinik bilimlarga ega bo'lish kerak. Shuni ham hisobga olish kerakki tarixiy va daliliy (fakt) jihatdan kasalliklarni klinik tekshirish usullari terapiya klinikasida to'la va mukammal ishlab chiqilgan, bu usullarning ko'pchiligi xirurgiya klinikasida va klinik meditsinaning boshqa ayrim sohalarida qo'llanilmoqda. Oliy o'quv yurtlarida ichki kasalliklarni o'qitishga katta e'tibor berilishining sababi ham shundadir. Shuning uchun ham talabalar (studentlar) ning klinik bilimi ichki kasalliklarni o'rganishdan boshlanadi.

Bundan tashqari yana shuni aytib o'tish lozimki ichki kasalliklarni o'rganishda hozirgi zamon klinikasi kasallik ayrim bir organi emas, balki butun organizmni egallaydi degan printsiplial qoida yaqqol namoyon bo'ladi. Endi biz teri yoki me'da kasalligiga duchor bo'lgan bemor haqida fikr yuritish ekanmiz, bunday kishining boshqa organlarini batamom sog'lom deya olmaymiz. Bizga kasal organning boshqa organ va sistemalarga ham patologik ta'sir ko'rsatishi ma'lum. Ma'lum bir organning zararlanishi boshqa ko'pgina organlarga ham paralel ravishda yoki ketma - ket ta'sir etadigan kasallik protsessining asosiy

lokalizatsiyalaridan biri hisoblanadi. Ichki kasalliklar klinikasi xuddi shuni yaqqol ko'rsatadi. Chunonchi revmatizm faqat bo'gimlar kasalligi bo'lmay, shuningdek bu kasallik ko'pgina boshqa organlarni, misol uchun bir vaqtning o'zida odatda yurakni ham zararlashini isbotladi. Ko'pgina buyrak kasalliklarini qon tomirlar tizimining boshqa umumiy tarqalgan o'zgarishlaridan yoki qon va to'qimalarning kolloid strukturasi o'zgarishidan ajratish mumkin emas. Ichki kasalliklarni o'rganishdagi har bir yangi bosqich kasalliklarga nisbatan lokalistik qarashning to'g'ri emasligini, aksincha, yaxlit organizmning bir butunligi haqidagi klinik baholashning to'g'ri ekanligini ko'rsatadi. Shunga qaramay, biz hozirga qadar meditsinani hatto ichki kasalliklar sohasida ham ayrim ixtisosliklarga chunonchi yurak, jigar, o'pka kasalliklariga bo'lamiz. Bunda ma'lum bir kasallikka, biror organning juda qattiq zararlanishiga uning eng muhim alomatiga asoslanamiz. Biroq bunday yondashishning vaqtinchalik ekanligini bilamiz. Organning zararlanish sababi ko'pincha uning o'ziga bog'liq bo'lmasligi ma'lum. Binobarin, kasallikning mohiyati haqidagi tushuncha o'zgarib turadi. Masalan, uzoq vaqt xatarli bo'lgan kamqonliklar suyak iligining kasallanish natijasi deb hisoblangan edi. Bu sohadagi yangi kashfiyotlarga asosan, kasallik balki me'da ichak yo'llari funksiyasining buzilishi sababli ham kelib chiqadi degan xulosaga kelindi. Juda ko'p uchraydigan gipertoniya kasalligini ilgari buyrakdagi o'zgarishlarning bir belgisi deb hisoblanardi. Endilikda bu kasallikning nerv sistemasidagi o'zgarishlar natijasida kelib chiqishi, buyrakdagi o'zgarishlar esa keyin paydo bo'lishi, ba'zan esa umuman paydo bo'lmasligi aniqlandi. Shu nuqtai nazardan, ichki kasalliklar klassifikatsiyasini qaytadan ko'rib chiqish kerak emasmikin, degan masalani qo'yish ham mumkin. Hozirga qadar biz ichki kasalliklar klassifikatsiyasida patologo-anatomik printsiplarga asoslanar edi. Printsipl nuqtai nazardan, kasalliklarni kelib chiqishiga asosan klassifikatsiyalash tug'riroq bo'lur edi. Bu holda biz revmatizm, sil, avitaminozlar kabi asosiy kasalliklarni ajratishimiz va ularning ayrim belgilarini biror organlarning zararlanishi deb qayd qilishimiz kerak bo'lardi. Biroq hozircha bunday printsiplni amalda qo'llash mumkin bo'lmaydi, lekin yaqin kelajakda buni amalga oshirishga intilish zarur. III kursda ichki kasalliklarni o'qitishda eskicha anatomik bo'linishning qulay tomonlari bor. Chunki birinchidan, kursda patologik anatomiya o'qitiladi, ikkinchidan, kasalliklarni organ va sistemalar bo'yicha taxsirlash III kursda o'qitilishi muhim bo'lgan tekshirish usullarini (diagnostikani) o'zlashtirishni osonlashtiradi. Haqiqatdan ham (abstrakt emas) kasalliklarni aniqlash usullarini bilgan taqdiridagina insonlarni to'g'ri tashxislash mumkin. Bu usullar bemorni umumiy tekshirish va biror organni tekshirishdan iborat. Biror organni tekshirish diagnostikada amaliy jihatdan muhim ahamiyatga ega. Shuning uchun ham mazkur to'plamda ichki kasalliklarni odatdagicha, sistemalarga bo'lib keltirilgan.

I. P. Pavlov bunday degan edi: «Ayrim faktlarni tushunib olishni o'rganish kerak. Ayrim funktsiyalarni o'rganish yo'li bilangina murakkab xulosalarni tushunish va bilish mumkin. Organizm bir butundir — bu juda yaxshi, hamma narsaning bir-biriga chatishib ketganini va yaxlitligini bilamiz. Biroq qon aylanish sistemasi boshqa, ovqat hazm qilish, boshqa muskul ishi boshqaligini hech, kim inkor etmaydi. Bir butunlik va murakkablikni tan olib, uning qismlardan tashkil topganligini bizning butunlik haqidagi tushunchamiz ayrim qismlarini bilishga asoslanishini unutib quyamiz». Ichki kasalliklarni o'qitishni organizmning yaxlitligini nazarda tutgan holda uning elementlarini ya'ni organlar va sistemalarni o'rganishdan boshlash kerak. Bunda nafas va qon aylanish sistemalari haqida so'z borar ekan, bu sistemalar tushunchasiga organizmning faqat fiziologik funktsiyasi jihatidan umumiy bo'lgan periferik organ yoki to'qimalar kompleksini o'qitmay, ularning faoliyatini tartibga solib turuvchi markaziy nerv apparatini ham kiritish kerak. Kasalliklarning to'g'ri klassifikatsiyasi faqat anatomik printsiplga emas, balki kasalliklarning kelib chiqish sabablarini aniqlash, hamda kasallik organizmda qanday funktsional o'zgarishlar paydo qilishini belgilashga, ya'ni patofiziologik printsiplga ham asoslanishi zarur. Klinikada ichki kasalliklarni o'rganishda quyidagi asosiy bosqich va printsiplarga asoslanish kerak:

- bemorni tekshirish usullari (diagnostika);
- shu usullar yordamida aniqlangan kasallik belgilari va simptomlarni (simptomatologiya yoki semiotika) baholash;
- kasallik sababini aniqlash (etiologiya);
- kasallik protsessi avj olishining umumiy mexanizmini aniqlash (patogeneza),
- patologo - anatomik o'zgarishlarni qayd qilish;
- kasallikning klinik ko'rinishini o'tirishini, avj olish xususiyatlarini, og'irlashishlarni aniqlash;
- bemorning taqdiri haqida xulosa chiqarish (oldindan aytish yoki prognoz);
- bemorni davolash choralarini ko'rish (terapiya);
- kasallikning oldini olish uchun chora tadbirlar ishlab chiqish (ko'rish) (profilaktika).

O'quv faning maqsad va vazifalari

Fanning o'qitishdan maqsad ichki kasalliklar va harbiy dala terapiyasidan nazariy, uslubiy, amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish orqali mustaqil ishlashga tayorlash. Shu bilan birga talabalarda terapevtik bemorlarni umumiy parvarishlash, harbiy davrga yuzaga keladigan turli kasalliklarda mustaqil ravishda tekshirish o'tkazish, tashxis qo'yish kechiktirib bo'lmaydigan holatlarda tezkor yordam ko'rsatish, davolash keng tarqalgan kasalliklarni oldini olish ishga layoqatlilikini bilish asoslarini talabalarga shakllantirish.

Fanning vazifalari:

- terapevtik bemorlarni parvarishlashdagi asosiy ko'nikmalarni shakllantirish;
- og'ir, behush agonal holatidagi bemorlarni parvarishlash ko'nikmalarini talabalarga o'rgatish;
- turli xil ichki azo kasalliklariga duchor bo'lgan bemorlarni parvarishlashdagi asosiy ko'nikmalarni o'rgatish;
- ichki kasalliklar etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tasnifi, klinik ko'rinishlari, asoratlari davosi va profilaktikasi bo'yicha talabalar bilimini shakllantirish.
- tizimlar bo'yicha kasalliklardan anamnez yig'ish va tekshirishlar o'tkazish bo'yicha malakasini rivojlantirish;
- kasalliklarni klinik mezonlarini aniqlashni o'rgatish;
- dastlabki klinik tashxis qo'yishni o'rgatish;
- tekshirish rejasi va vrach taktikasini tuzish, kompleks davo qilish choralari o'rgatish;
- laborator, instrumental tekshirish usullari hatijalarini interpretatsiya qilish;
- bazi bir shoshilinch holatlarda shoshilinch yordam berish malakalarini talabalarga o'rgatish;
- asosiy tibbiyot hujjatlarini o'rgatish;
- tibbiyot hamshiralarini nazorat qilishni o'rgatish;
- harbiy (urush) davrida tibbiy evakuatsiya bosqichlarida terapevtik ordam ko'rsatish ko'nikmalarini va tashkil qilish choralari tashkil qilishni bilish;
- o'q bilan yaralangan bemorlarning ichki azo kasalliklarini tashxislashni o'rgatish;
- harbiy davrda yuzaga keladigan turli kasalliklarni (zarb to'liqini, davomli ezilish, kuyish, nurlanish bilan kasallanganda, o'q tekkanlarda) etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tasnifi, klinik ko'rinishlari, tashxisi, asorotlarini davosi va profilaktikasi hamda saralash, evakuatsiya qilish bosqichlarini o'rgatish;

Hozirgi zamon diagnostik usullari ilgari vaqtlardagiga nisbatan birmuncha murakkab va aniqdir. Diagnostikaning asosiy usullari bemordan kasallik alomatlari va ularning qanday avj olishini bemorning yashash sharoitini so'rab bilish, uning nasl-nasabiga oid ma'lumotlarni to'plash va hech qanday qo'shimcha murakkab asboblarni ishlatmay, sezgi organlarimiz yordamida oddiy fizik usullar bilan ob'ektiv tekshirishdan iborat.

Hozirgi zamon meditsina praktikasi fizika, ximiya va biologiyaning eng yangi yutuqlariga asoslangan: rentgenologik tekshirish, elektrokardiografiya, bioximik laboratoriya metodikasi, bakteriologik analiz, mikroblarni ekish (posev qilish), antitelalarni aniqlash reaksiyalari va boshqa usullar tobora ko'proq qo'llanilmoqda. Bu usullar hozirgacha ma'lum bo'lmagan kasalliklar va ularning simptomlarini aniqlashga yordam bermoqda, bu esa kasalliklarni barvaqt aniqlash va davo choralari ko'rishga imkon yaratmoqda. Bu usullarning ko'pi meditsina praktikasiga shu qadar singib ketganki ularni qo'llamasdan turib vrach diagnostikning to'g'ri qo'yilganligiga qanoat hosil qila olmaydi.

Asboblarni yordamida va laboratoriya usullarida tekshirish, bemorni bevosita tekshirishdan bizni uzoqlashtirib yubormaydimi, lekin mulohazalar tamoman asossizdir. Bemorni to'g'ridan to'g'ri oddiy usullar bilan sinchiklab tekshirish ham zarur, albatta. Lekin diagnostikani takomillashtirish uchun laboratoriyada va instrumental yordamida tekshirishlarni keng qo'llashning juda katta ahamiyati borligini hech kim inkor eta olmaydi. Bemorni tekshirish, faqat kasallikka diagnoz qo'yishni ya'ni anatomik o'zgarishning klinik ifodalanishi qanday xarakterga ega ekanligini aniqlashning o'zini maqsad qilib qo'ymaydi u kasal organning funktsional holatini ham belgilashi kerak. Shuning uchun funktsional tekshirish usullaridan, ya'ni biror organ yoki sistemaning hamda butun organizmning faoliyati qay darajada buzilganligini ko'rsatib beradigan usullardan foydalanishga to'g'ri keladi. Kasallikning sababini va uning avj olish mexanizmini tekshirish, ya'ni etiologik va patogenetik diagnoz ayniqsa muhim ahamiyatga ega. Bunday diagnoz bemorni to'g'ri davolash imkoniyatini yaratadi.

Kasallikni aniqlash bemorni davolashning asosiy yo'lidir. **Simptomlar haqidagi fan** — semiotika ham shu maqsad uchun xizmat qiladi. Ayrim klinitsistlar **simptom** — **sindromlar** yig'indisiga alohida ahamiyat beradilar. Ular, hatto klinik nozologiya (nozologiya — kasalliklar haqidagi fan bo'lib, nosos-kasallik va logoz-bo'lim demakdir) asosiga sindrom printsipini qo'yadilar. Bunday fikrga qo'shilib bo'lmaydi, chunki klinikada

bizni simptom va sindromlarning o'zi emas, balki ularning yordamida kasallik mohiyatini aniqlab olish qiziqtiradi.

Ichki kasalliklar etiologiyasini o'rganish sohasida tobora yangi yutuqlar qo'lga kiritilayotgan bo'lsada, biz mavjud bilimlar bilan kifoyalanib qola olmaymiz. Ichki kasalliklarning kelib chiqishiga asosan nerv psixik o'zgarishlar, infektsiya va intoksikatsiyalar, organizmga oziq ovqat moddalar keltirilishining buzilishi ichki sekretiya bezlari va vegetativ nerv sferasining strukturasi va funktsiyasidagi irsiy va turmushda ortirilgan buzilishlar, ba'zi organlarning o'sishidagi anomalialar, obi havoning ta'siri, ekologiya, zararli odatlar va hokazolar sabab bo'ladi.

O'tgan asrlarning oxirida bakteriologiya rivojlanishi va hozir vitaminlar, garmonlar haqidagi ta'limotning taraqqiy etib borayotganligi ko'p kasalliklarning sababini aniqlash uchun mustahkam zamin tayorladi.

Biroq biror kishining nima sababdan kasallanganligi va unda kasallik muayyan formada o'tayotganligini tushunib olish uchun etiologik faktorni bilishning o'zi kifoya qilmaydi. Bir tomondan bir infektsiyaning o'zi ba'zi kishilarning asosan bir sistemasini zararlantirsa, ayrim kishilarning bo'lak sistemasini zararlardi. Masalan zaxm goh aortani, gox jigarni goho esa nerv sistemasini zararlardi, ikkinchi tomondan esa bir xil ichki kasalliklarni tamomila boshqa xildagi omillar (masalan, me'da yallig'lanishi jigarnig diffuz kasalliklari va hokazolar) keltirib chiqarishi mumkin. Bir qancha kishilarga bir turdagi va teng miqdordagi infektsiya materiali ta'sir qilganda, ularning ba'zilarida kasallik paydo bo'lsa boshqalari sog' qoladi. Aytib o'tilgan fikrlar odamda kasallik paydo qiluvchi patologik mexanizmlarni eng muhim ahamiyatga ega ekanligi haqida tushuncha beradi. Kasalliklar patogenezi juda ko'p faktorlar: nasliy moyillik, organ va to'qimalar tuzilishining xarakteri va funktsiyasi organizmga tashqi muhitning ta'siri va hokazolar rol o'ynaydi. Kasallik patogenezi o'rganish shuni ko'rsatdiki kasallikning paydo bo'lishida mikroorganizm biror boshqa etiologik faktorgina emas, balki kishi organizmining xususiyati ham muhim ahamiyatga ega. Tashqi muhit faktorlarining ham (shu jumladan kasallik paydo qiluvchi faktorlar ham) biror xil ta'sirga nisbatan organizmning umumiy reaksiyasini, nerv sistemamiz va unga bo'y sinuvchi gumoral sistema (ya'ni modda almashinishi endokrin organlar) belgilaydi. Shunga binoan, patologik protsesning avj olishi shuningdek uni yengishda (sog'ayishda) nerv sistemasining holati juda muhim ahamiyatga ega deb tushunish kerak. Salomatlikning yo'qolishi organizm va ayrim organlar funktsiyasini tartibga solib turadigan nerv sistemasi faoliyatining buzilishiga bog'liq. Bu qoida S. P. Botkin tomonidan ilgari surilgan va I. P. Pavlov isbotlagan nervizm printsipida o'z ifodasini topgan.

Kasallik faqat alohida bir organi zararlantirib qolmaydi u organizmning kasallik paydo qiladigan biror faktorga nisbatan umumiy reaksiyasidir. Biror kasallikda ma'lum organ yoki sistemaning zararlanishi umumiy kasallikning bir qismi hisoblanadi. Ma'lum bir kasallikda biror sistemaning ko'proq zararlanishi esa uning avj olish mexanizmlarining turlicha bo'lishiga bog'liq. Kasallikning biror simptomi asosini muayyan nerv reaksiyani yoki umumiy nerv gumoral reaksiya tashkil qiladi. U reflektor xarakterga ega. Kasallikning patologo - anatomik ko'rinishini ekspert vrachning ishi uchun juda muhimdir. Hozirgi vaqtda morfologik o'zgarishlarsiz kechadigan shunday funktsional kasalliklar ham borki ularni biz bilgan usullarda aniqlab bo'lmaydi. Bu ayniqsa kasallik avj olishining dastlabki davrlariga talluqlidir. Bu vaqtda kasallik nerv va ximiyaviy reaksiyalardagi o'zgarishlarga bog'liq bo'ladi. Biroq biz funktsiyaning organizmdan ajratgan holda tekshirmaymiz; bu funktsional o'zgarishlar material asosga egadir. Lekin uni mikroskop yordamida tekshirish mumkin emas. Kasallikning simptomlari va kechishini uning klinik ko'rinishi deb ataymiz. Meditsina sohasida ishlashning birinchi kunidan boshlab, kasallanishning turli kishilarda turlicha klinik ko'rinishiga ega bo'lishini nazarda tutish kerak. Shuning uchun individualizatsiya printsipli klinikada asosiy talablardan biri hisoblanadi. Rus klinik meditsinasining asoschilari o'rta tashlagan bu printsipl: «kasallikni emas, kasalni davolash lozim», degan borada o'z ifodasini topgan. Yana shuni ham nazarda tutish kerakki bemorda bir vaqtning o'zida bir emas, ikkita va hatto undan ham ko'p kasallik bo'lishi mumkin. Bu kasalliklar bir-biriga ta'sir etib o'zgarib turadi. Bu o'rinda kasallik protsesiga ikkinchisi qo'shib, kasallikning og'irlashishini ham alohida uqtirib o'tish kerak. Kasallikka individual baho berish yo'li bilangina bemorning hayoti va mehnat qobiliyati to'g'risida prognozni to'g'ri belgilash mumkin. Vrachning asosiy burchi va vazifasi: kasalni davolashdir. Butun meditsina fani shu muhim va oliyjanob vazifani ado etishga xizmat qiladi. Hozirgi zamon ichki meditsinasi g'oyat ta'sirchan davolash vositalari va usullariga ega. So'ngi yillarda terapiya juda katta yutuqlarga erishdi. Misol tariqasida sulfanilamid va antibiotiklarni ko'rsatish kifoyadir. Bu dorilarning shifobaxsh xossalari dunyo aholisiga ma'lum. Chunonchi ilgari zotiljam bo'lgan bemorlarning deyarli 16 – 20% nobud bo'lar edi.

Hozir esa bu kasallikdan o'lish atigi 1,5 — 2 % ni tashkil etadi, ya'ni 10 baravar kamaytirildi. Davolash ishida har bir bemorga nisbatan individual munosabatda bo'lish kerak. Kasallikni yaxshi bilgach, ya'ni to'g'ri diagnoz qo'yib, uning sababini aniqlagandan keyingina bemorni muvaffaqiyatli davolash mumkin.

Nihoyat, kasalliklarning klinikasini o'rganish, profilaktik tadbirlar ishlab chiqish imkonini ham beradi. Demak kasalliklar klinikasini faqat davolovchi vrach emas, balki gigienist vrach ham yaxshi bilishi kerak. Profilaktika-meditstaning asosini tashkil etadi. Meditsinaning profilaktik printsipiga asoslanganligi sil, bezgak va zaxm kabi kasalliklarga qarshi kurashda juda ko'p yutuqlarni qo'lga kiritish imkonini beradi. Mamlakatimizdagi sotsial-iqtisodiy sharoit kasalliklarni profilaktika qilishning hal qiluvchi omilidir. Bizning mamlakatimizda ro'y bergan sotsial-iqtisodiy va siyosiy o'zgarishlar tufayligina keng profilaktik tadbirlarni amalga oshirish imkoniyati yaratildi. Bunda aholining moddiy va madaniy turmush darajasining yuksalishi juda zo'r ahamiyatga ega. Ma'lumki bizda umumiy profilaktik tadbirlar birinchi galda Davlat sanitariya epidemiologiya nazorat markazlari va birlamchi tibbiy zveno tomonidan amalga oshiriladi.

O'zbekiston Respublikasida kasalliklarning oldini olish uchun respublika salomatlik markazlari va ularning viloyatlardagi filiallari, Respublika Davlat sanitariya epidemiologiya nazorat markazlari va ularning Viloyat bo'limlari kabi tashkilotlar kasalliklarning oldini olish uchun kurashsalarida, klinitsist vrachlarimiz ham kasallikni davolash bilan birga oldini olish bilan shug'ullanadilar. Aholi yashaydigan turar joylarni sog'lomlashtirish, epidemiyalarga qarshi kurash, umumiy ovqatlanish shoxobchalari ustidan nazorat o'rnatish, korxonalarda mehnatni muhofaza qilish kabi tadbirlar kasalliklarning oldini olishda juda muhim omillardan hisoblanib yuqoridagi tashkilotlar ushbu vazifani bajaradilar. **Hozirgi tibbiyotda klinitsist vrachlarimiz davolash ishini profilaktik ishga qo'shib ikalasini birgalikda olib boradilar. «Sog'lom odamlarni tekshirib turish, ularni irsiy va xavfli kasalliklardan saqlash, ular uchun tegishli turmush rejimini belgilash vrachning muhim va sharaflı burchidir.** Chunki davolashdan ko'ra kasallikning oldini olish afzaldir», degan edi M. Ya. Mudrov. S. P. Botkinning shogirdi V. A. Manassein bunday deb yozgan: «Ayni vaqtda-ham terapevt, ham gigienist bo'lmagan vrachni haqiqiy vrach deb hisoblash mumkin emas». Bemorni davolashda uning yashash sharoitlari va bajaradigan ishini sinchiklab o'rganishlari zarur. Bularni bilmay turib, ko'p kasalliklarni profilaktika qilishning to'g'ri yo'llarini topish mumkin emas. Kasalliklarning etiologiyasini aniqlash faqat bemorni muvaffaqiyatli davolash uchun emas, balki profilaktika uchun ham juda muhimdir. Kasallikning sabablarini bilish meditsinaning muhim ishidir; kasallik sababi aniqlangandagina unga qarshi kurashish engil.

Terapiyani rivojlanishida mamlakatimizda ham qator olimlarimiz o'z hissalarini qo'shganlar.

1. Mirochnik M.F. (1875-1945) terapiya, gastroenterologiya.



2. Slonim M.I. (1892-1945), terapiya, fizioterapiya.

3. Katsenovich R.A. (1920-2003).



kardiologiyani rivojlanishiga o'z hissasini qo'shgan.

4. Askarov A. A. Terapiya va gastroenterologiya rivojlanishiga o'z hissalarini qo'shgan.

5. Yo'ldoshev K.Y. (terapiya, kardiologiya).



Professor Karim Yuldashevich hozirgi tibbiyotni perispektivli yo'nalishi bo'lgan, yurak-qon tomir, asab, hazm tizimi, nafas olish a'zolari, harakat tayanch tizimi organlari funktsiyasini regulyatsiya qilish hamda kasalliklarni rehabilitatsiya qilish maqsadida ularga tabiiy va hosil qilingan fizik omillarini ta'sirini o'rgandi. Uning 546 dan ziyod ilmiy ishlari, 22 monografiya va o'quy qo'llanma, 65 dan ortiq metodik qo'llanmalari chop etilgan.

6. Alyavi Anis Lyutfullaevich (respublikada kardiologiyani rivojlanishiga hissassi katta).



Professor Alyavi Anis Lyutfullaevich ilmiy yo'nalishlari "Arterial gipertoniya", "Miokard infarkti", "Tibbiyot rehabilitatsiyasi" muammolarini o'rganishga qaratilgan. Professorning ilmiy izlanish ishlari dolzarbligi jihatidan hamda muammolarni bartaraf etishda keng diapozonda amaliyotda ishlatiladi. Uning yaratgan ilmiy maktabi arterial gipertoniya, yurak ishemik kasalligi, surunkali yurak etishmovchiligi kabi kasalliklarni zamonaviy diagnostika usullari va patogenetik davo va bemorlar rehabilitatsiyasi muammolarini tekshirish effektivligiga yo'naltirilgan. A.L. Alyavining boshqaruvi ostida Respublikada shoshilinch tibbiy yordam tizimida o'tkir miokard infarkti kasalligiga chalingan bemorlarga koronarografik tekshirish yo'lga qo'yilgan bo'lib, koronar tomirlar angioplastikasi va stentirlash (stent-qo'yish) yo'lga qo'yildi. Professor A.L. Alyavining 500 dan ortiq ilmiy ishlari, jumladan 6 monografiya, 20 dan ziyod metodik qo'llanmalar va ishlanmalari mavjud bo'lib, shundan 65 dan ziyod chet ellarda chop etilgan.

Matvey Yakovlevich Mudrov (1776—1831) Moskva universitetini tamomlab Peterburg dengiz gospitalida ishlagan, so'ngra Moskva universitetining klinik institutiga rahbarlik qilgan (terapiya kafedrasida mudir bo'lib ishlagan). M. Ya. Mudrov XIX asrning birinchi yarmida Moskvaning taniqli vrachi edi.

M. Ya. Mudrov Napoleon-Rossiya urushida rus armiyasida meditsina yordamini tashkil etish masalasini birinchi bo'lib oldinga surdi. Mudrovning meditsina fakultetiga besh marta rahbar qilib saylangan. Meditsina nazariyasi sohasida M. Ya. Mudrov ko'p ichki kasalliklar ovqat hazm qilish organlarining funktsiyasi buzilishi natijasida kelib chiqadi degan fikrni oldinga surdi; bu jihatdan u frantsuz klinitsistlaridan o'zib ketdi. Umumiy klinik meditsina nazariyasi sohasida M. Ya. Mudrov hozir hammaga ma'lum bo'lgan «kasallikni emas, bemorni davolash kerak» degan fikrni birinchi bo'lib aytdi. M. Ya. Mudrov bunday degan edi: «Men sizlarga yangi bir haqiqatni aytmoqchiman. Bunga ko'pchilik ishonmasligi mumkin, buni ehtimol, hamma ham birdek tushunib ololmasa kerak. Vrachlik faoliyati «kasallikni davolashdan iborat emas... balki u bemorning o'zini davolashdan iborat». Keyin: «Kasallik bir xil bo'lsada, har bir bemorning tanasi o'ziga xos tuzilganligi sababli u uziga xos davo qilishni talab etadi». Shunday qilib, rus meditsinasida bemorlar individual davolash printsipida davolana boshladi. Kasallik tarixini yozishda izchillikka amal qilish, ya'ni asosiy va muhim voqealarni birinchi o'rinda bayon etish zarur. Biroq odam qiyofasidagi hamma alomatlarini to'la to'kis tasvirlaydigan rassom kabi boshqa belgilarni ham ko'rsatish lozim». M. Ya. Mudrov kasallik tarixining mukammal sxemasini tuzib berdi. U kasallik tarixini «bemor to'shagi yonida» to'ldirish zarurligini talab qilgan. M. Ya. Mudrov kasallik tarixiga katta baho berardi. U: «kasallik tarixi mening kutubxonamdan ham qimmatliroq narsa, yozilgan kitoblarni hamma joydan topish mumkin. 1812 yilda mening butun boyligim bo'lgan kitoblarim dushman qo'lida qoldi, lekin bu arxiv hamma vaqt o'zim bilan birga edi» deb yozadi.

M. Ya. Mudrov o'z faoliyatida profilaktika masalasiga zo'r e'tibor berganini ham ko'rsatib o'tish lozim. U profilaktik yo'nalishning asoschisi edi. Grigoriy Antonovich Zaxarin (1829—1897) Moskva universitetining Devichni polshadagi fakultet terapiya klinikasiga rahbarlik qilgan.

G. A. Zaxarin atoqli vrach edi, o'tgan asrda meditsina fani davolash sohasida yetarlicha imkoniyatlarga ega emasligiga qaramay, u bemorlarni juda muvaffaqiyatli davoladi. Bu muvaffaqiyat, birinchidan, Zaxarinning

aniq individual diagnoz qo'yish usulini ishlab chiqqaniga, ikkinchidan uning individual davolash usulini amalga oshirganiga bog'liq edi. Binobarin, G. A. Zaxarin M. Ya. Mudrovning ishini davom ettiribgina qolmay uni yanada rivojlantirdi. Vrach uchun kasallik tarixini puxta o'rganish va bemorni bevosita tekshirish juda ham muhimligini G. A. Zaxarin bir necha marta ta'kidlab o'tgan edi. Bu jihatdan G. A. Zaxarinning klinik printsipli empirik hisoblanadi. Hozirgi zamon klinik meditsinasi shu usulning o'zi bilan cheklanib qola olmaydi albatta lekin, bu usul o'z zamonasida, shubhasiz, muhim rol o'ynagan va hozir ham klinik meditsinaning ajralmas qismi hisoblanadi. Klinik meditsinaning juda ko'p, shu jumladan eng so'ngi yutuqlari ham bemorlar ustida kuzatish olib borishning natijasi ekanligi hammaga ma'lum. G. A. Zaxarinning katta xizmati shundaki u bemorni tekshirishdagi muhim usullardan bo'lgan va anamnez ma'lumotlarini to'plashga asoslangan sub'ektiv tekshirish usulini takomillashtirdi. Atoqli fransuz klinikasida Yusharning ta'rificha, G. A. Zaxarin bu usulni mohirlik bilan ishlab chiqqan. Zaxarinning bemordan so'rab bilish usuli meditsina fanining katta yutug'idir. Tibbiyot sohasida barcha vrachlar Zaxarinning bu usulidan foydalanadilar.

G. A. Zaxarin rus terapiyasiga kurort ishini singdirishga intildi. **«Ko'p vaqtdan beri klinik faoliyatni boshlaganimdan buyon mineral suvlarning ahamiyatiga yuqori baho berib keldim... shogirdlarimning ham mineral suvlarni tandan va yaxlata bilishlari haqida g'amxo'rlik qilishni o'z burchim deb bilaman» (1909 yilda nashr etilgan «Klinik lektsiyalar»).** Shuningdek G. A. Zaxarin rus vrachlarini gigiyenaga e'tibor berishga chaqirdi. «Praktik vrach nechog'lik tajribali bo'lsa, u gigiyenaning qudratiga va davo choralarining nisbatan zaifligiga shuncha ko'proq ishonadi. Hozircha meditsinaning kuchi yetmaydigan juda xavfli va tarqalgan kasalliklarni gigiyenik chora tadbirlar yordamida kashf qilish mumkinligini kim bilmaydi deysiz. Terapiyaning muvaffaqiyatlari ham gigiyenaga rioya qilingandagina qo'lga kiritiladi. Omma orasidagi kasalliklarga qarshi faqat gigiena g'olibona kurasha oladi» (G. A. Zaxarinning majlisida so'zlagan «Shaharda va qishloqqa salomatlik hamda tarbiya» degan nutqidan, 1873). Shunday qilib, G. A. Zaxarin M. Ya. Mudrovdan so'ng rus terapiyasida gigiyenik yo'nalishning asoschilaridan biri bo'ldi.

Sergey Petrovich Botkin (1832—1889) Peterburg terapiya maktabining asoschisi yirik rus olimidir. Uning nomi o'sha davrda yashagan N. I. Pirogov, I. I. Mechnikov va I. M. Sechenovlar bilan bir qatorda turadi (Sechenov Botkinning do'sti edi). S. P. Botkin bir qancha atoqli rus intelligentlari etishib chiqqan mashhur Botkinlar oilasida tug'ildi. Ularning ko'pchiligi o'sha zamondagi ijtimoiy hayotning ilg'or namoyandalari- V. G. Belinskiy, A. I. Gerken, N. P. Ogarevlar bilan do'st va g'oyaviy fikrdosh bo'lgan. S. P. Botkin sobiq itifoqda ilg'or fiziologiya fani yutuqlariga va laboratoriya eksperimental tekshirishlarga asoslangan yangi klinika tashkil qilish tashabbuskorlaridan edi. S. P. Botkin yaratgan bu fiziologik yo'nalish rus klinitsistlarining klinik qarashlaridan mustahkam o'rin oldi. S. P. Botkinni hozirgi zamon terapiyasini eng nazariy asosini yaratgan olim deyish mumkin. Har bir meditsina Akademiyasining Rossiyada birinchi marta S. P. Botkin tashkil etgan terapevtik klinika laboratoriyasida yosh I. P. Pavlovning ishlagani bejiz emas. I. P. Pavlov uchun S. P. Botkin bilan hamkorlikka ishlash uning klinik meditsinaning muhim fiziologik muammolarini tanlashida va ularni hal qilishida juda muhim ahamiyatga ega bo'ldi. Bu masalalarni I. P. Pavlov klinika uchun yaqin va kerakli formada ishlab chiqdi.

S. P. Botkinning ko'pgina ichki kasalliklarning avj olishi va kechishida nerv sistemasining muhim ahamiyati haqidagi nazariyani («nervizm») ishlab chiqishida I. M. Sechenov va I. P. Pavlovlarning katta ta'sir ko'rsatganliklarni e'tirof etish kerak. S. P. Botkinning yurak qon va me'da ichak yo'llari kasalliklarida nerv sistemasining roli haqidagi lektsiyalari bilan tanishar ekanmiz, olimning naqadar uzoqni ko'ra oladigan klinitsist bo'lganligiga qoyil qoladi kishi. Olimning o'sha vaqtda ilgari surgan printsiplari sobiq itifoq davri klinik meditsinasida va hozirgi vaqtda ham o'z ahamiyatini yo'qotmagan. S. P. Botkin, I. M. Sechenovning fikrlariga asoslanib, patologik hodisalar asosini reflektor mexanizm tashkil etishi to'g'risidagi tushunchani ilgari surdi. Bemorlarda kuzatiladigan ko'pgina muhim simptomlarning (masalan, isitma, taloqning kattalashishi va h.k.) paydo bo'lishini tushunishda nerv markazlari holatining ahamiyatini alohida uqtirib o'tdi. S. P. Botkin g'arbiy Yevropa mamlakatlaridagi terapiya fani darajasidan, xususan klinik patologiya haqidagi umumiy tushunchalarda ancha ilgari ketdi. U kasallik avj olishida funktsional o'zgarishlarga katta ahamiyat berdi. Bu jihatdan S. P. Botkin sobiq itifoq klinik meditsinasining keyingi taraqqiyot yo'lini ko'rsatib berdi. S. P. Botkin kasallikni butun organizmni qamrab oladigan umumiy protsess deb hisoblardi. S. P. Botkin kasal organlar patologik anatomiyasini yaratgan. Virxov ilmiy faoliyatining daliliy (faktik) tomonini tan olgan holda, uning organopatologiyaga doir primitiv ta'limotini e'tirof etmadi. Masalan, u o'zining lektsiyalaridan birida: «Yurak funktsiyasidagi o'zgarishlar hamma vaqt ham yurakning o'zidagi anatomik o'zgarishlar bilan proporsional ravishda kechmaydi», degan edi. Boshqa bir lektsiyasida kamqonlik kasalligining kelib chiqish sabablari haqida

gapirib, kamqonlikning ayrim formalari asosini suyak ko'migidagi anatomik o'zgarishlar emas, balki boshqa organlar funktsiyasidagi o'zgarishlar tashkil etishini bayon qilgan edi.

S. P. Botkinning xizmati yana shundaki u terapevtik klinika vakillari diqqat e'tiborini yuqumli kasalliklarga, yuqumli omilga jalb qildi. U qorin tifi isitmasining o'tishini ajoyib ravishda bayon qildi. Kataral sariq kasalligining spetsifik yuqumli sababdan kelib chiqishi o't toshlari paydo bo'lishida infektsiyaning asosiy rol o'ynashini ko'rsatdi. Zotiljam kasalligining etiologiyasi haqidagi hozirgi zamon tushunchasini u dastlab ko'rsatib berdi. Botkin zamonasida mikroblar va immunitet haqidagi ta'limot endigina rivojlanayotgan bo'lishiga qaramay, u ichki meditsinaning faqat fiziologiya bilan emas, balki mikrobiologiya bilan ham birlashishi zarur ekanligini vasiyat qildi desa bo'ladi. Bir vaqtlarda S. P. Botkin G. A. Zaxaringa qarama-qarshi o'laroq davolash masalasiga ko'p e'tibor bermagan degan noto'g'ri fikr hukm surardi. Hozir bu fikr batamom rad etilgan deyish mumkin. Haqiqatan ham Botkin qoloq empirik terapiyaga qarshi edi. Uning terapiya usuli ancha sodda bo'lsa ham ilmiy asoslangan edi. S. P. Botkin o'z lektsiyalarida terapiyaga ko'p vaqt ajratardi. S. P. Botkinning xodimlari hozir ham muhim ahamiyatga ega bo'lgan adonis, atropin, marvaridgul, lobelin kabi ko'p dorilarni tekshirib meditsina praktikasiga kiritganlar. Bizning medtsinamizda aktiv terapiya sohasida hech kim "Botkindek ko'p xizmat qilgan emas desa bo'ladi. S. P. Botkin farmakologiyaga ximiyaning bir sohasi deb qaradi va unga juda katta ahamiyat berdi. Olim kelajakda ximiyaviy dorilar ta'sirining aniq qonunlarini ochadi deb faraz qildi. Binobarin, u hozirgi zamon ximiya terapiyasining rivojlanishini oldindan payqagan edi. S. P. Botkin faqat terapiyani emas, terapiyada vujudga kelgan va undan ajralib chiqqan boshqa klinik ixtisosliklarni (teri va zaxm kasalliklari, quloq burun va tomoq kasalliklari, nerv kasalliklari va hokazo) taraqqiy ettirishda ham katta xizmat qilgan. S. P. Botkinning shogirdlari bu klinikalarga rahbarlik qilgan, ular orasida Botkinning ishini davom ettiruvchi iste'dodli olimlar bor. Bu jihatdan rus terapiyasi tarixida Botkinga hech kim tenglasha olmaydi. U Duma vrachlari Peterburg tashkilotining tashabbuskorlaridan biri bo'lgan.

Bu vrachlar shahar aholisiga bepul meditsina yordami ko'rsatishlari lozim edi. Bu tashkilot bizning hozirgi poliklinika va uyda medtsina yordami ko'rsatadigan muassasalarimizning dastlabki turi edi. S. P. Botkin rus armiyasida medtsina yordamini tashkil etish sohasida (Bolqon urushida) katta xizmat qildi. Boshqa yirik rus klinitsistlari singari S. P. Botkin ham gigienik tadbirlarga katta ahamiyat berdi va shahar Dumasining vrachi sifatida bunday tadbirni izchillik bilan amalga oshirdi. Talantli yirik olim va ajoyib vrach S. P. Botkinning siymosi rus terapiyasi shijoatini oshirdi. XIX asrning oxiri va XX asrning boshlarida yashagan ikki mashhur klinitsist A. A. Ostroumov va V. P. Obratsovlar, Botkin yo'lidan bordilar. Alekssey Aleksandrovich Ostroumov (1844—1908) G. A. Zaxarinning ordinatori edi. Keyinchalik Moskva universitetining hospital terapiya klinikasiga rahbarlik qilgan. U klinik meditsinada uzining original yo'lini yaratdi. Buni biologik yo'l deb atash mumkin.

A. A. Ostroumov medtsinaning biologiya bilan aloqadorligini ta'kidlab, atrof muhitning bemorga ta'sirini o'rganishga alohida ahamiyat berdi. U bunday degan edi: «Klinik tekshirishning maqsadi odam organizmining muhitda yashash sharoitlarini unga moslanishini va o'zgarishlarini o'rganishdan iborat. Bu o'zgarishlar yashash uchun qulay bo'lishi ya'ni muhitga moslashgan va zararli ya'ni organizmning qarshilik ko'rsatish kuchini «kamaytirishi mumkin». «Moslanish tuzilishdagi mustahkamlik kuchi avloddan avlodga o'tish yo'li bilan bir necha avloddan so'ng rivojlanib muayyan muhitga nisbatan chidamlilik paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Moslasha olmaslik kasallikka bevosita olib kelishga va tuzilishdagi umumiy zaiflikning avlodga qisman o'tishi bilan yo'qolib ketishga olib keladi». «Biz klinitsistlar normal hayoti muhit ta'sirida o'zgargan bemor kishilarni o'rganamiz» («Klinik lekkiyalar», 1895).

Shunday qilib, A. A. Ostroumov klinik patologiyada Darwin ideyalarini izchillik bilan qo'llagan olim edi. A. A. Ostroumov organizm va muhitning o'zaro munosabatini tushuntirishda Darwin ta'limotining odam xayotining qonunlari tushunchasiga nisbatan tanqidiy ko'z bilan qaramay tatbiq etganligini ham ko'rsatib o'tish kerak u odam hayoti bilan o'simlik va xayvonlar hayoti o'rtasida katta farq borligini odamning sotsial hodisa ekanligini bilmadi. A. A. Ostroumov moslanish, organizm va muhit muvozanati muayyan gruppadagi odamlar va oilalarning o'lishiga shu muvozanatning buzilishi sabab bo'lishi haqida so'zlar ekan, u evolyutsiyaning sotsial faktorlariga va ularning insoniyat jamiyati taraqqiyotidagi roliga etarlicha baho bermadi.

A. A. Ostroumovning juda katta xizmati shundaki u ichki patologiya sohasidagi irsiy muammolarni tekshirdi. A. A. Ostroumov bemor oilasini muhitning ta'siriga baho berish nuqtay nazaridan tekshirishning original usulini ishlab chiqqan. Ostroumov tashqi muhit ta'sirida odamda kasb etilgan xususiyatlarning nasldan naslga o'tishini e'tirof etgan. Demak A. A. Ostroumov (atoqli biologlarimiz K. A. Timiryazev, A. N. Severnee, I

V. Michurinlar kabi) hozirgi zamon sovet biologiyasi muvaffaqiyat bilan rivojlantirayotgan to'g'ri holatda turgan. U Vesmanga qarshi aktiv kurashgan edi. A. A. Ostroumovning Msidel-Morganning klinik praktika ma'lumotlariga zid bo'lgan qonunlarini sxolastik ravishda takrorlovchi ba'zi bir chet el klinitsistlaridan ko'ra birmuncha yuqori o'rin egallashi yaqqol ko'rinadi.

A. A. Ostroumovning yana bir xizmati shundaki u kasalliklarga qarshi kurashda asosiy tadbirlardan biri odam organizmiga tashqi muhitning zararli ta'sirlarini yo'qotish zarurligini ko'p marta ta'kidlagan. Bu jihatdan u vatanimiz meditsinasining profilaktik printsiptiga amal qildi, shunga ko'ra mehnat va turmush sharoitlarini yaxshilaydigan ijtimoiy iqtisodiy chora tadbirlar borlikni saqlash asosini tashkil etadi.

S. P. Botkin kabi A. A. Ostroumov ham kasallikning mohiyati masalasida Virxovning lokalistik nazariyasini e'tirof qilmadi. Vaholanki Virxovdan keyin ko'pgina Garbiy Evropa klinitsistlari shu nazariyaga asoslangan edilar. U organlar funktsiyasining o'zaro aloqadorligi patologik protsessning mohiyati haqidagi fikrni (ideyani) juda tushunarli tarzda ifodalab berdi. «Organizm - bir butunlik, uning bir qismidagi o'zgarishlar butun organizmda o'zgarishlarni yuzaga chiqarib, boshqa qismlarning hayot vaziyatiga ham ta'sir etadi. Shuning uchun bir organning zaiflanishi boshqa organlarda ham o'zgarishlar paydo qiladi». «Barcha organlarning ishi ozaro uzviy bog'liq, qaysi organdan boshlab tekshirmang, baribir butun organizmning tuzilishi va funktsiyasini o'rganishga to'g'ri keladi». Bu so'zlar hozirgi zamon meditsinasining ham shiori bo'la oladi.

A. A. Ostroumov organizm patologiyasida odam konstitutsiyasining rol o'ynashini birinchi bo'lib asoslab bergan. U kasallikning avj olishi yoki uni engishda organizm va organlarning reaktivlik xossalari ahamiyatli ekanligini alohida ta'kidlagan. Sobiq itifoq meditsinasida ham bu masalaga katta e'tibor berilgan.

Klinitsist vrach bo'lgan A. A. Ostroumov fiziologiyaga ham katta hissa qo'shgan, u tomir kengaytiruvchi nervlarni topgan. Bu narsa ilg'or rus klinikasi (A. A. Ostroumov va boshqalar) fiziologik usulni puxta va samarali o'zlashtirib, «klinik fiziologiyaga katta hissa qo'shganligini» ko'rsatadi.

V. P. Obratsov (1851 — 1921) S. P. Bojinning shogirdi edi, so'ng Kievda professor bo'lgan. U g'oyat iste'dodli diagnostik edi. V. P. Obratsovning xizmati shundan iboratki u ichki organlarni tekshirish usullari va ichki kasalliklar diagnostikasi sohasida ajoyib yutuqlarga erishgan. Bulardan biri qorin bo'shlig'idagi organlarni maxsus usul — barmoqlarni chuqurroq botirib, paypaslab ko'rish usulidir. Bu usul, uning yordamida olinadigan ma'lumotlarning aniqligi jihatidan qorin bo'shlig'idagi organlarni bevosita tekshirishning boshqa hamma usullaridan ustunlik qiladi. V. P. Obratsov shu usul yordamida me'da ichaklar patologiyasi haqidagi tushunchalarni ancha kengaytirdi. Shuningdek u ichki organlarni diagnostika qilishda organlarni to'qillatib ko'rishning (perkussiyaning) yangi usullarini — bir barmoq bilan to'qillatish, chertish usulida to'qillatishni joriy qiladi. V. P. Obratsov va uning shogirdlari eshitib tekshirish (auskultatsiya) usulida ham ancha muvaffaqiyatga erishdilar. U birinchi bo'lib yurakning III tonini aniq ifodalab berdi. U yurak tonlarining bo'linishi va ikkiga ajralishi masalasiga ham aniqlik kiritdi. XX asrning birinchi yarmida kasalliklarni fizik usullar bilan tekshirish sohasida hech qaysi klinitsist V. P. Obratsovdek ko'p xizmat qilmagan desa bo'ladi. Keyinchalik fizik diagnostika rentgen nurlari elektrokardiografiya va asboblardan bilan tekshirishning boshqa usullari bilan boyitildi V. P. Obratsov har narsani sinchiklab tekshirish ba'zan bir ozgina ma'lumotlar va yuzaki simptomlarga asoslangan holda to'g'ri diagnoz ko'yar va patologik protsess mohiyatini aniqlardi. Bu jihatdan V. P. Obratsov va uning shogirdi N.D. Strajesqoning yurak toj arteriyalarining tiqilib qolishini bayon etganligi diqqatga sazovor. Bu jahon meditsinasida tirik odamda birinchi marta aniqlangan diagnoz edi. Yurak toj arteriyalari tiqilishining (miokard infarktining) klinikasi klassik bayon qilindi. Bu juda xavfli va ko'p tarqalgan muayyan kasallikni o'z vaqtida aniqlashda juda katta rol o'ynadi. Terapiyaning sovet hokimiyati yillaridagi taraqqiyoti mamlakatdagi sotsialistik asosda qayta ko'rish tufayli bir qator yangi ilmiy yutuqlar qo'lga kiritilishi va tashkiliy tadbirlarning amalga oshirilishi bilan xarakterlanadi. Oliy meditsina o'quv yurtlari va ilmiy tekshirish institutlari tarmoqlarining kengayganligi tufayli meditsinaning barcha sohalarida, shu jumladan terapiya sohasida ham ilmiy kadrlar soni oshdi. Bu davr ichida markaziy shaharlarda ham qishloqlarda ham laboratoriya jihozlari va asbob uskunalar bilan etarlicha ta'minlangan yirik terapevtik klinikalar tashkil etildi. Praktik davolash muassasalarida ham ilmiy ishlar olib borila boshladi. Bugunda juda ko'p yirik sobiq itifoq terapevtlarining faoliyati haqida to'xtalib o'tish mumkin edi. Ularning ishlari tufayli hozirgi zamon terapiya maktabi vujudga kelgan. Yirik sovet terapevtlaridan D. Strajesko, Qonchalovskiy va G. F. Langni ko'rsatish mumkin.

Akademik Nikolay Dmitrievich Strajesjo (1876—1953) V. P. Obratsovning shogirdi edi. U ustoz V. P. Obratsov kabi ichki organlarni asosan yurak-tomirlar sistemasi va ovqat hazm qilish organlarini tekshirish usullarini takomillashtirdi. Olim stenokardiya, yurak astmasi, endokardit, revmatizm kasalliklarini

sinchiklab o'rganib, bu muammolarni organishni birmuncha ilgari surgan va bir qancha original nazariyalar yaratgan. N. D. Strajesko o'z ilmiy klinik faoliyatining so'ngi davrida patofiziologik va bioximik tekshirishlar bilan shug'ullandi. U terapiyada hozirgi zamon klinitsisti bemorni tekshirish, uning kasallik tarixiga baho bera olish bilan birga klinikada murakkab laboratoriya va asboblardan qanday foydalanishi kerakligini ko'rsatib berdi. N. D. Strajesko klinitsistning turli fanlardan ma'lumoti qanchalik keng bo'lishi kerakligi masalasida boshqalarga o'rnak bo'ldi. U kardiologiyani, me'da ichaklar etiologiyasi ifodalanishi va boshqa kun ilmiy sohalarida faol ishladi.

N. D. Strajesko bu bilan vrach tor doirada cheklanib qolmasligi kerakligini ko'rsatdi. Ilmiy tashkiliy ishlarda ham N. D. Strajeskoning xizmatlari oz emas. U Ukraina terapevtlari jamiyatining tashkilotchisi va raisi, o'z tashabbusi bilan tashkil etilgan Ukraina fanlar akademiyasi klinik institutining rahbari edi. N. D. Strajesko toj tomirlardagi etishmovchilik, allergiya bo'yicha maxsus ilmiy qonferentsiyalarni uyushtirdi va bularning to'plamlarini nashr etdi. Shuningdek u «qorin bo'shlig'idagi organlar kasalliklarining fizik diagnostikasi asoslari» nomli asar yozdi. Bu kitob terapevtlar uchun zarur qo'llanma bo'lib qoldi va shunday bo'lib qoladi.

Maksim Petrovich Qonchalovskiy (1875—1942) G. A Zaxarin va A. A. Ostroumovlarning ilg'or fikrlarini o'zlashtirdi va shular asosida o'z ilmiy meditsina fikrlarini ishlab chiqqan. G.A Zaxarin singari M. P. Qonchalovskiy ham bemorlarni ko'zdan kechirishni klinik faninig asosi deb hisobladi, lekin, u laboratoriya eksperimental tekshirish usullarini joriy etmay, balki uni rivojlantirdi. P. Qonchalovskiy va uning shogirdlari klinik bioximik xarakterga ega bo'lgan bir qancha qimmatli ilmiy ishlar shu jumladan modda almashinishi patologiyasi, jigar, me'da ichaklar kasalliklariga doir muhim tekshirishlar o'tkazdilar. M. P. Qonchalovskiy kasalliklarning avj olishida ichki faktorlarga, makroorganizmning holatiga va uning reaktivligiga katta ahamiyat berdi. M. P. Qonchalovskiy «ichki kasalliklar patogeneza allergik mexanizmning roliga ko'p e'tibor berdi. Uning bu nazariyasi revmatizm muammosini tushuntirishda o'z ifodasini topdi va u revmatologdir. M. P. Qonchalovskiy infektsiya emas, balki revmatik reaksiya sohasida so'z yuritish kerak deb ukkilanar edi (uning fikricha, revmatizm turli infektsion va infektsion bo'lmagan faktorlar paydo qilishi mumkin; bu kasallikning avj olishida bemor organizmining reaktivligi asosiy rol o'ynaydi). M. L. Qonchalovskiy revmatizmni juda yaxshi biladigan olim edi. U revmatizmni o'rganish va unga qarshi kurash Butunittifoq tashkilotchisi va rayon, revmatizmga qarshi Xalqaro qongresslarning doimiy aktiv qatnashchisi va ulardan birining prezidenti (Moskva, 1934) edi. Mamlakatimizda revmatizmni o'rganish bo'yicha erishilgan yutuqlar (ayniqsa kasbiy kasalliklar sohasida) ko'p jihatdan M. P. Qonchalovskiyning kuch qudrati va tashabbusi tufayli qo'lga kiritilgan. M. P. Qonchalovskiy organlar kasalliklari umumiy xarakterga ega, degan fikr tarafdori edi. U patologiyada ayrim organlarning o'z aro munosabatini chunonchi jigar kasalligida suyak ko'migining zararlanishi, buyrak yallig'lanishida me'daning zararlanishi, jigarning o'tkir kasalliklarida buyrakning zararlanishini ifodalab bergan. Ichki meditsinada bunday o'z aro munosabatlarni o'rganish kasallikning mohiyati haqidagi tushunchamizni kengaytiradi, uning tabiatiga tushunish va yangi davolash usullarini topishga imkon beradi. Shunga ko'ra M. P. Qonchalovskiy ichki organlar patologiyasini sindromlar haqidagi printsipga qarab asoslash mumkin, degan fikrni ilgari surdi (bunda u **Zaxarin maktabining eski semisteks** printsipi organizmning bir butunligi haqidagi hozirgi zamon nazariyasiga qo'shgan holda topshirdi). M. P. Qonchalovskiyning kasallik oldi (premorbid) holatlari haqidagi ta'limoti muhim ahamiyatga ega. U o'pka rakining kelib chiqishida, unga olib keluvchi turli holatlar bronxlar va o'pkadagi surunkali yallig'lanishlar chandiqli o'zgarishlarning ahamiyatini ayniqsa ishonchli ravishda ko'rsatdi. Buni M. P. Qonchalovskiy «rak yostiri» deb atadi. Bundan tashqari kamqonlikning ba'zi turlarining kelib chiqishida me'da axiliyasining, me'da yarasining paydo bo'lishida gastritning roli isbotladi. M. P. Qonchalovskiyning mehnat prognoziga bag'ishlangan tekshirishlari meditsinamizning profilaktik va klinik yo'nalishini boshlovchi zveno bo'ldi.

M. P. Qonchalovskiy chorak asr davomida sovet terapevtlariga rahbarlik qildi. U ko'zga ko'ringan pedagog va hammaga ma'lum terapiya darsligining avtori edi G. F. Lang bilan birga «Terapevticheskiy arxiv» jurnalini tashkil qildi va uning redaktori edi. Shuningdek terapevtlarning Butunittifoq s'ezdlarini tashkil qildi. M. P. Qonchalovskiy Butunittifok terapevtlar jamiyatining birinchi raisi edi. Georgiy Fyodorovich Lang (1875—1948) harbiy meditsina Akademiyasini tamomlab, qarib 40 yilgacha Leningrad meditsina institutida dastlab ordinatordan keyin professor va nihoyat institut direktori vazifasida ishladi. G.F. Lang mamlakatimizda eng yirik klinikalardan birini tashkil qildi va ilg'or sovet terapiyasi maktablaridan biriga asos soldi. Bu terapiya maktabi ichki meditsinaning turli sohalariga katta hissa qo'shdi u kardiologiya sohasida ayniqsa katta ahamiyatga ega bo'ldi. G. F. Lang Botkin terapiyasi yo'lini davom ettirib patologiyada funktsional buzilishlarga katta ahamiyat berdi G. F. Lang maktabi yurak tomirlar sistemasi kasalliklarini tekshirishning yangi usullarini

ishlab chiqqan va ular qisman sovet klinik meditsinasida joriy etildi. Bu qon aylanishi buzilishining mexanizmini chuqurroq tushunish imkonini berdi. G. F. Lang va uning shogirdlari qon sistemasi qon hosil qilish va qonning parchalanish funktsiyalari) tekshirish usullarini ham ishlab chiqdilar, shuning natijasida G. F. Lang gematologiyada yangi nazariya yaratdi. Buni morfologik (mikroskopik) tekshirish usuliga qarama qarshi, ularni funktsional usul deb atash mumkin. Bu nazariyaga asosan qon sistemasining ayrim kasalliklari qon parchalanishi bilan qon hosil bolishi reguliyatsiyasining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Biroq «funktsional patologiya»ni moddiy substrat bilan bog'liq bo'lmagan mustaqil profil sifatida ta'riflagan chet eldagi ayrim klinitsistlardan (masalan, Bergman) farqli ravishda, G. F. Lang funktsional o'zgarishlar asosini moddiy struktur o'zgarishlar tashkil qilishi haqidagi fikrni ilgari surdi. Chunonchi u o'zining miokarddagi distrofik o'zgarishlar va ularning elektrokardiografik ko'rinishiga doir asarida funktsional va struktur o'zgarishlar o'rtasidagi bog'lanishni dialektik jihatdan to'g'ri tushuntirib berdi. G. F. Lang struktura o'zgarishlari muqarrar ravishda dag'al gistologik xarakterda bo'lavermasdan, ular bioximik yoki fiziko-ximik o'zgarishlar sifatida ro'y berishi mumkinligini va ularning tiklanishini ta'kidlaydi. Sovet meditsinasi va fiziologiyasi yaratgan nervizm nazariyasini G. F. Lang klinikaga joriy etdi. G. F. Lang gipertoniya kabi keng tarqalgan kasallikning kelib chiqishi masalasida shu nazariyaga asoslandi. G. F. Lang bu kasallikni jahon meditsina fanida birinchi marta mustaqil kasallik («gipertoniya kasalligi») sifatida ajratdi. U ichki kasalliklarni tushuntirib berishda I P. Pavlovning oliy nerv faoliyati haqidagi nazariyasini birinchi bo'lib qo'lladi, bu klinik fanimizning yangi yo'ldan yanada taraqqiy qilishida muhim omil bo'ldi. G. F. Lang sovet terapiya fanida yurak tomirlar kasalliklari klassifikatsiyasini ishlab chiqdi. Bu klassifikatsiya terapevtlarning Butun ittifoq s'ezdlaridan birida qabul qilindi. Bu klassifikatsiyaga muvofiq kasallik turlari etiologik patologo anatomik va fiziologik (yoki patofiziologik) printsiplar buyicha xarakterlanadi. Bu klassifikatsiyaning afzalligi unda kasallik protseslarining faqat to'liq va mantiq jihatdan puxta bayon etilishida emas, balki ularning atroficha va kompleks ifoda qilinishidadir. Mazkur klassifikatsiya asosini tashkil etgan printsipl boshqa istalgan kasalliklarni klassifikatsiya qilishga ham taalluqli. Yuqorida aytib o'tilganidek G. F. Lang M. P. Qonchalovski bilan hamkorlikda terapevtlarning Butunittifoq jamiyatining tashkilotchisi (M. P. Qonchalovski vafotidan so'ng esa raisi) edi. G. F. Lang «Klinicheskaya meditsina» jurnalining redaktori bo'lgan. G. F. Langning mamlakatimizda terapiya ishining tashkiliy formalarini ishlab chiqishdagi xizmatlarini ham alohida ko'rsatib o'tish kerak. U 1930 yildayoq klinika va poliklinika vrachlarining ishini birlashtirishni taklif etgan edi. G. F. Lang faqat shu yo'sinda, bir printsipga asoslanadi. Vatanimiz terapiyasi amerikaliklarning yaqin vaqtlarda davolash usullari butunlay standartizatsiya qilinadi va vrachlar murakkab mexanizmlarni boshqarishda tegishli knopkalarni bosadigan elektrotexnik yoki mashinist kabi ishni bajaradilar, degan fikrlariga qo'shila olmaydi. Biz terapiyaning bundan so'ng tez sur'atlar bilan rivojlanishiga va bir xil kasallik turli kishilarda turlicha o'tishiga, dorilar ham turli sharoitlarda va turli organizmlarda turlicha ta'sir etishiga aminmiz. Shuning uchun ma'lum darajada zarur va maqsadga muvofiq bo'lgan davolashni standartizatsiyalash usuli har bir bemorga o'ziga xos davo qilish bilan tuzatilishi va to'ldirilishi zarur.

Nazorat savollari va topshiriqlar.

Ichki kasalliklar fani tarixini aytib bering.

Ichki kasalliklar faninig maqsadini aytib bering .

Ichki kasalliklar fanining vazifalari aytib bering .

Ichki kasalliklarning boshqa fanlar orasidagi tutgan o'rmini izohlang.

Ichki kasalliklarning boshqa fanlar bilan bog'liqligi to'g'risida tushuncha bering.

Ichki kasalliklarni rivojlanishida hissa qo'shgan o'zbek olimlari va ularning qilgan ishlari to'g'risida ma'lumot bering.

Ichki kasalliklarni rivojlanishida hissa qo'shgan g'arb olimlari va ularning qilgan ishlari to'g'risida ma'lumot bering.

Ichki kasalliklarni o'rganish bosqichlari va printsiplari to'g'risida malumot bering.

Simptom va sindrom haqida tushuncha bering.

Semiologiya va nazologiya haqida tushuncha bering.

Etiologiya, patogenez hamda diagnoz to'g'risida malumot bering.

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.

2. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.
3. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b
4. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b
5. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b
6. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b
7. U.B. Sharopov, F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b
8. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 532 b
9. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
10. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
11. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
12. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y
Qo'shimcha adabiyotlar
13. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laborotornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
14. Y.P. Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b
15. M.T. Abramova Gematologicheskij atlas M. Meditsina 1979 y. 320b
16. A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnoz vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b
17. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988 y. v dvux tomax. 973 b
18. Vuddi M i A. Uedan."Praktika". Terapevticheskij spravochnik Vashingtonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
19. AbuAli Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
20. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
21. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
22. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D. , Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
23. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
24. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru,
www.cardiosite.ru, www.consilium-medicum.ru.

Bemorni klinik tekshirish usullari va ichki kasalliklarning umumiy semiologiyasi. Bemor haqida ma'lumot yig'ish, alohida so'rab-surishtirish, shikoyatlari va kasallik hamda hayot anamnezi. Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish (bemorning umumiy ahvoli, es-hushining holati, tana tuzilishi). Umumiy ko'zdan kechirish qoidalari, bemorni umumiy tekshirish.

Tayanch atama va iboralar: Asosiy va qo'shimcha shikoyatlar (interragatsio), anamnez morbi, anamnez vitae, inspeksiya, stupor, sopor, koma, bemorning faol, passiv, majburiy holati, antropometriya, termometriya, konstitutsiya, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya.

Mavzu bayoni:

Bemorlarni tekshirish vaqtida tibbiy xodimlar tibbiyot deontologiya qonun qoidalariga asoslanishi lozim. Bemorlarni tekshirish vaqtida yoki so'rab surishtirishda muloqot ko'nikmalaridan foydalaniladi. Bemorlar bilan to'g'ri muloqotda bo'lsa, yaxshi munosabat o'rnatib bemorlar albatta o'z muammolarini to'la to'kis tibbiy xodimga aytadilar va shundagina to'la ma'lumot to'plash mumkin. To'liq ma'lumot to'plagan xodimgina aniq diagnoz qo'yadi va bemorni ishonchiga kirib, kasallikni asoratsiz davolay oladi. «Muloqot san'ati bor vrach, diagnostikada adashmaydi (Narziev SH.S.)». Vrach qabulda kelgan bemorni tashxislash uchun asosan 45-50% holatda so'rab surishtirishga va 30-35% ob'ektiv tekshirish natijalariga va 20% holatlarda laborator instrumental va funktsional tekshiruvlarga tayanib ish tutishi kerak bo'ladi. Hamma vaqt ham shunday

bo'lmashligi mumkin, ba'zan ko'zdan kechirish ham 100% lik natija berishi mumkin yoki ba'zan instrumental tekshiruv asosida diagnoz aniqlanadi va h.k.

Umumiy ma'lumot yig'ish usullari: bemorlardan ma'lumot yig'ishda ob'ektiv hamda sub'ektiv tekshirish usullaridan foydalaniladi. Sub'ektiv bu asosiy va qo'shimcha shikoyatlarini so'rab surishtirish, anamnez morbi (kasallik tarixi), anamnez vitae (hayot anamnezi) yig'ish, ob'ektiv esa umumiy ko'zdan kechirish, bemorning fizikal holatini ob'ektiv tekshirish-palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya tekshirish usullari ushbu baholashning asosini tashkil etadi. Shuningdek, bemor haqidagi ma'lumotlar manbaiga: kasallik varaqasi (tarixi), bemorning hozirgi va avvalgi holati haqidagi ma'lumot, yozma ma'lumot, tibbiy mutaxassislar tavsiyalari va tashxislari, muammolarni yechish, davolash usullari va bemor haqida uning do'stlari va oila a'zolariga berilgan ma'lumotlar kiradi. Qaysi usuldan foydalanishdan qat'iy nazar tibbiy xodim to'liq fizikal tekshirishni amalga oshirishi lozim.

Ma'lumotlar yig'ilishiga talab bir xil, lekin ularni bajarilish usullari har xil bo'lishi mumkin. Usullarning bir – biridan farqlanishi bemorning holatiga bog'liq. Har bir tibbiyot xodimi o'zini yagona usulini ishlab chiqmoqchi bo'lsa, u holda mavjud bo'lgan usullar bilan tanishishi, ularni o'zaro taqqoslashi va olingan ma'lumotlarni tizimlashtirishni o'rganishi shart.

Ma'lumot yig'ish - bemor va kerak bo'lsa, uning oila a'zolar bilan suhbat qurishdan iborat. Bu paytda tibbiy xodim bemordan va uni oila a'zolaridan, do'stlaridan kasalligi va bezovta qilayotgan muammolari to'g'risida tegishli ma'lumotlarni yig'adi va bu mutaxassisga kelajakda bemor bilan qanday munosabatda bo'lishga, muammolarini bartaraf etishda hamda davolashga so'zsiz yordam beradi. Tibbiy xodim bemor bilan birinchi uchrashuvda o'zaro birlik, unga nisbatan ishonch paydo bo'lishi, ular orasidagi munosabatni mustahkamlanib borishiga poydevor yaratadi. Tibbiy xodimning so'zlashuv odobi, xushmuomalali, e'tiborli bo'lishi, shirin so'zlashuvi bemorga ishonch hosil qildirib uni rom etishi lozim. Bemorning o'zi haqidagi yig'ilgan ma'lumot – sub'yektiv ma'lumot bo'lib hisoblanadi.

Mabodo bemor fizik yoki psixoemotsional o'zgarishlar tufayli suhbatlashish jarayonida qatnasha olmasa, u holda uning oila a'zolarini yoki uni yaxshi biladigan kishilari, do'stlarini jalb etish zarur. **Bemorlarni so'rab surishtirishda asosiy va qo'shimcha shikoyatlari, kasallik tarixi (anamnez morbi) va hayot anamnezi (anamnez vitae) yig'iladi.**

Tibbiy xodim ilk savollar orqali bemorning holati qanday darajada ekanligini aniqlab olishi mumkin. Mazkur so'rov orqali allergik yoki surunkali kasalliklar (uzluksiz davom etayotgan yoki vaqti - vaqti bilan xuruj qiladigan kasalliklar) aniqlanadi. Bir qator savollar mavjudki, ularga berilgan javobga qarab, bemorning joriy holati va kasallik turi aniqlanadi. Tibbiy xodim bemorga quyidagi savollar bilan:

- O'zingizni yoki sizni nima bezovta qilishini aytib bering?
- Shuning uchun ham siz bizga murojaat etdingizmi?
- Bu muammo sizni avval ham bezovta qilar edimi?
- Sizning ahvolingizga nima ta'sir qila olishi mumkin?
- Qaysi holatda ahvolingiz yaxshilanadi?
- Oila a'zolaringiz bunga qanday qarashadi?
- Oilangiz sog'lig'ingiz haqida g'amxo'rlik qiladimi?
- Sizningcha tibbiyot xodimlari sizga nima bilan yordam berishi mumkin? Kabi savollar bilan murojaat qilishi lozim.

Anamnez morbi-bemorlardan kasallikning birinchi belgilari qachon va nimadan keyin boshlandi, qayerda boshlandi, ishdami, yo'lda, uyda, qancha davom etdi, bu belgilarni kamayishida nima yordam beradi va h.k. so'raladi.

Anamnez vitae- bemor qachon tug'ilgan, tug'ruqda travma bo'lgan yo'q, bolalikda qanday o'sgan, maktabda o'qish qanday bo'lgan, o'tkazgan kasalliklari, avlodidagi kasalliklari, avlodida irsiy kasalliklar qayd etilgan yo'qligi, qanday dori moddalar qabul qilgan, nojo'ya ta'siri bo'lgan yo'qligi, oxirgi bir yilda davolanganligi, qayerda davolanganligi, qanday operativ muolajalar olgan, oxirgi bir yil davomida qaysi davlatlarga borib kelgan va h.k. so'raladi (epid. anamnez).

Tibbiy xodimning vazifasi – bemor bilan o'tkazilgan o'zaro suhbatni tegishli hujjatlarga yozib qo'yadi. Hujjatlashtirishning qaysi ko'rinishidan foydalanishdan qat'iy nazar siz bemordagi kasallik belgilari haqida ma'lumot to'plashingiz zarur. Tibbiy xodim quyidagi keltirilgan savollar orqali bemorning kechirayotgan dardlarini baholashi mumkin:

- Dard kechishi haqida : « qayeringiz og'riydi?»

- Dardning boshlanishi va davom etishi haqida: «Qachon dard paydo bo'ldi?» , « Nimadan keyin paydo bo'ldi?», « Qachondan beri davom etib kelmoqda?», «Qancha davom etadi?»

- Dardning kuchayishini yoki kamayishini aniqlash: «0 dan 5 ballgacha tizimda baholasak, sizningcha dardingiz qanday jadallikda?»

- Tashqi muhitning ta'siri : «Qaysi hollarda dard kuchayadi?, og'riqni pasaytirish uchun nimalar yordam beradi?»

- «Bu dard sizga qanday darajada ta'sir etadi?, ya'ni u yoki bu ishni bajara olasizmi?»

- «Siz o'z dardingizni qanday baholay olasiz?, bu dard hayot uchun xavflimi?»

Kerakli ma'lumotga ega bo'lish uchun, barcha savollarni berish shart emas. Ba'zan bir savolga bir necha javob olish mumkin. Suhbatlashish jarayoni bemorning holatiga qarab olib boriladi. Agar bemor og'ir ahvolda bo'lsa, bir yoki ikki kerakli (aniq) savollarning o'zi etarlidir. Tibbiy xodim bilan bo'lgan suhbat davomida bemor o'zini yengil his etmasa, bu dialog samarasiz bo'lib qoladi.

Buning uchun ulug' Rus olimi Bexterevning **«agar vrachning birinchi suhbatidan so'ng bemor o'zini engil his etmasa u vrach, vrach emas»** degan iborasini yodga olish kerak bo'ladi.

Shuni bilish lozimki, «tibbiy xodim haqiqati» bu bemor sog'ligiga ijobiy foyda keltiradigan bo'lishi lozim, aks holda bu haqiqat o'zining ahamiyatini yo'qotadi. Bemor bilan bo'ladigan suhbat bu – qonstruktiv ijodiy- xarakterga ega bo'lishi kerak.

Birinchi qismi bu sub'yektiv tomoni bo'lib, unda bemor asosiy hisoblanadi va o'zidagi barcha simptomlar va muammolarni yoritib berishi kerak, aks holda kutilgan natijani bermasligi mumkin. Boshqa tomondan bu ob'yektiv tomoni bo'lib, unda tibbiy xodim o'z san'atini namoyon etib, ushbu jarayon davomida fizikal tekshirish usullarini keng qo'llab, atroflicha ma'lumotga ega bo'lishga harakat qilishi lozim, va ushbu ma'lumotlarni kasallik tarixiga qayd qilib borishi kerak.

Bemorlarni umumiy va mahalliy ko'zdan kechirish.

Bemorning umumiy ko'zdan kechirish turli xil kasalliklar tashxisi uchun juda muhim hisoblanadi. Bemor bilan suhbatlashish vaqtida tibbiy xodim bir qator o'zgarishlarni ko'zdan kechirishi zarur. Ko'zdan kechirish vaqtida ketma-ketlikka amal qilish kerak (bosh, ko'z, yuz, bo'yin, ko'krak qafasi, qorin, qo'l va oyoqlar, juft a'zolari simmetrikligiga ham e'tibor berish kerak va h.k.). Ob'yektiv ma'lumotlarga bemorni umumiy ko'zdan kechirish ya'ni teri qoplamlari, shilliq qavatlar, teri osti yog' kletkachasi, mushak, bo'g'im va suyak tizimlari holatini baholash kiradi. Bemor holatini baholash bilan birga patologik o'zgarishlar yoki depressiya borligini ham inobatga olish zarur bo'ladi.

Bemorning yuz tuzilishi, so'zlashishiga ham e'tibor qaratmoq lozim. Etnik kelib chiqishiga qarab bemorning yuz rangini hamda gavda tuzilishini kuzatishingiz kerak. Mazkur ko'rik orqali ko'pgina ma'lumotlarga ega bo'lish mumkin. Ko'rik jarayonida xona haroratining tana haroratiga yaqin bo'lishi, tibbiyot xodimi va bemor qulay vaziyatda bo'lishi lozimdir. Shunga ko'ra bemor ko'rigi vizual baholanadi.

Demak bemorni quyidagi reja asosida tekshiruvdan o'tkazish kerak bo'ladi:

Bemorning es-hushini aniqlash. Bemorning es-hushi saqlangan yoki xiralashgan hamda es hushi saqlanmagan bo'lishi mumkin.

1. Stupor (stupor). Mazkur holatda bemor atrofida qilargalarga befarq, savollarga noaniq, kechikib va qiyinchiliklar bilan javob beradi. Barcha reflekslar bemorda saqlangan.

2. Sopor holati (sopor). Bunday holatda bemor uyqu holatida bo'ladi, qattiq gapirganda uyg'onadi va yana uyquga ketadi. Uni uyqudan uyg'otib suhbatlashish mumkin, keyinchalik bemor yana uyqu holatiga qaytadi. Reflekslar saqlangan.

3. Koma holati (coma). Bunda bemorning barcha reflekslari yo'qoladi. Ahvoli og'irlashadi. Qattiq uyqu holatiga ketadi. Tashqi ta'sirotlarga javob bermaydi. Koma quyidagi kasalliklar (qandli diabet, buyrak kasalliklari, miya qon aylanishlarining izdan chiqishi, o'tkir infeksiyon kasalliklar, jigar kasalliklari, miyaga qon quyilishi, miya shikastlanishi, narkotik moddalar ta'siri alkogolizm, morfin, va boshqa narsalar bilan zaharlanishi, malyariya, meningit, tutqanoq va hokazo) da tez rivojlanadi. Komatoz holatni juda ham og'ir kasallik oqibati sifatida ko'rish mumkin.

Bemorning holati. Bemorlarda quyidagi holatlarni kuzatishimiz mumkin:

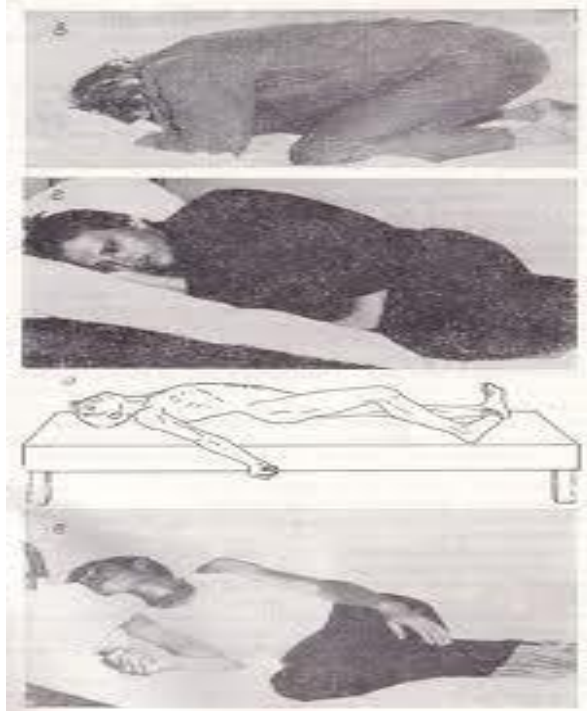
1. Faol holat - mazkur holatda bemor yotgan joyida o'z holatini o'zgartirishi mumkin va erkin mustaqil ravishda birovning yordamisiz o'zi erkin harakat qiladi va o'zi-o'ziga xizmat qila oladi.

2.Passiv (sust) holat- qachonki bemor joyida qimirlamay yotadi va tevarak atrofiga e'tiborsiz bo'ladi va o'zgalar yordamiga muhtoj bo'ladi (ovqatlantirish, yuvintirish, kiyintirish, tualet qildirish va h.k.) .

3.Majburiy holat - bemorning ahvolini yengillashtiruvchi holat. Majburiy holat turli xil bo'lishi mumkin. Masalan, yurak qon-tomir xastaliklarida chalingan bemorlar o'ng tomonda yotishni va ortopnoe holati (bemor o'tirgan holatda oyoqlari pastga tushirilgan) ni ma'qul ko'radilar.

Oshqozon yara kasalligida qorin qismini qo'llar bilan bosib turish kerak, shunda og'riq asta-sekin pasayadi.

Meningitda esa bemor majburan yonboshlab yotib, ikki oyog'ini qatlab, boshini orqaga tashlab yotadi. Ko'pincha bemorning majburiy holati shifokorga kasallikni aniqlashga yordam beradi.



Konstitutsiya-funksional va morfologik belgilar yig'indisi bo'lib, tug'ma yoki ortirilgan tabiatga egadir. Odam konstitutsiyasi bo'yicha M.V. Chernorutskiy tomonidan taklif qilingan tasnif qabul qilingan. Unga ko'ra uch xil konstitutsiya tipi farq qilinadi: normostenik, astenik va giperstenik. Konstitutsiyani bilish ichki kasalliklarni aniqlanishida yordam beradi. Masalan: gipersteniklarda modda almashinuvi pasaygan bo'lib, ko'pincha ularda semirish, o't-tosh, siydik (buyrak)-tosh, gipertoniya, ateroskleroz kasalliklari rivojlanadi. Asteniklarda esa modda almashinuvi kuchaygan bo'lib, ularda ko'pincha o'pka kasalliklari, ichki a'zolarining pastga siljishi (splanxnoptoz) kuzatiladi.

Shuning uchun reja asosida sog'lomlashtirish profilaktika chora tadbirlarini ko'rish katta ahamiyatga egadir (mehnatni, dam olishni, ovqatlanishni to'g'ri tashkil qilish, badantarbiya va sport bilan shug'ullanish va h.k.). Bemorning semizligi yoki ozg'inligi, teri osti yog' qatlami rivojlanishi ko'zdan kechirilib va paypaslash orqali aniqlanadi. Teri osti yog' qavati qorin sohasida, qovurg'a pastida me'yorda taxminan 2 sm ga teng.

Bemorning fizikal va psixoiqtimoiy muammolarini aniqlash va ularni yig'ish eng asosiy yo'nalish bo'lib hisoblanadi. Bemor holatini baholash asosan tibbiy xodimning amaliy ko'nikmalariga bog'liqdir. Suhbatlashish, bemorning umumiy holatini tekshirish, to'g'ri maslahat bera bilish, bemorning umumiy holatini baholash me'zoniga kiradi. Bemorni umumiy tekshirish vaqtida ob'ektiv va sub'ektiv tekshirish usullaridan keng foydalaniladi. Shular jumlasiga, palpatsiya perkussiya va auskultatsiya, so'rab surishtirish va boshqa tekshirish usullari kiradi. Bularning hammasi tibbiy xodim uchun ma'lumotlar bazasi bo'lib hisoblanadi. Keyinchalik esa ma'lumotlar yig'indisi klinik tashxis va shifokor tavsiyalari uchun asos bo'lib qoladi.

Bemorni davolashda tibbiy xodimdan fizikal baholashning har xil yo'nalishlari talab etiladi. Bemor holatini ketma-ket va har tomonlama baholashni amalga oshirish uchun tizimlashtirilgan usul yordam beradi. Tibbiy xodim o'zining ish tajribasi va amaliy ko'nikmalari asosida fizikal baholash asoslarini yanada kengaytirilgan holda puxta o'zlashtirishi mumkin.

Tana qismlari bo'yicha ko'zdan kechirish: bosh, yuz, bo'yin, qo'l-oyoqlar, teri qoplamlari. Isitma. Harorat o'zgarishlari. Antropometriya. Antropometrik formula. Kasallik tashxisida antropometriya ahamiyati.

Tana qismlari bo'yicha ko'zdan kechirishda boshning tuzilishi, shakli, simmetrikligi, a'zolarining joylashuvi, deformatsiyalar mavjudligi, o'lchamlarini baholash muhim ahamiyatga ega.

Boshni ko'zdan kechirganda sochlarga e'tibor beriladi. Sochni ko'zdan kechirishda uning o'sishiga, tabiatiga, holatiga ahamiyat beramiz. Soch to'kilgan yoki sinuvchan, uchlarini yorilishi bunday holatlar qalqonsimon bezining kasalliklarida, anemiyada, vitaminlar etishmovchiligida, gelmentozlarda, meda ichak tizimi, kollagenoz kasalliklari va h.k.lar diagnostikasida asosiy belgilardan biri bo'lib hisoblanadi. Boshning o'lchamlariga e'tibor berish lozim.

Misol: Bosh o'lchamining normadan kichrayishi-mikrotsefaliya, normadan kattalashuvi-makrotsefaliya deyiladi.

Braxitsefaliya-boshning ko'ndalang razmerini kattalashuvi va uning vertikal, ko'ndalang (продол) o'lchamini (razmeri) kichrayishi. Odamlarda bosh shaklining bu varianti, boshning ko'ndalang diametrini kattalashuvi bilan kechadi (bosh indeksi 81 va undan katta sm).

Gidrosetfaliya- tug'ma kasallik bo'lib, bosh hajmining kattalashuvi bilan kechadi. Buning sababi silviev vodoprovodining torayishi (qisilishi) natijasida yuzaga keladi (#307000, Xq28, hujayra adgeziyasi gen molekulalari LI LICAM, 308840, K). Klinikasi: aqliy zaiflik, spastik paraplegiya, miya vodoprovodi torayishi, makrotsefaliya, bazilyar impressiya.

Galoprozensefaliya – oldingi miyaning, bosh miya yarim sharida va bo'lagida rivojlanishining buzilishi. Tug'ma kasallik bo'lib, har -1:16 000 tug'ilgan bolaga uchrasa, har 1:200 abortlarda uchraydi. Galoprozensefaliya. tip 1 (*236100, 21q22.3, gen YaJ7, p): tsiklopiya, tsebo-tsefaliya, ko'z gipotelerizmi, tanglay va labning o'rtasida yoriq bo'lishi, endokrin buzilishlar, gipoglikemiya, mikropenis. Galoprozensefaliya. tip 2 (*157170, 2p21, gen HPE2, R): gipotelerizmi, tanglay va labning o'rtasida yoriq bo'lishi, burunning o'rta devori xirayashini bo'lmasligi, mikrotsefaliya, aqliy rivojlanishdan orqada qolish, aqliy zaiflik, skolioz, surunkali qabziyat (tip-3da bularga qo'shilib bosh miyada qorinchani 1 ta bo'lishi, tsiklopiya, gidronefroz va ptoz bo'ladi).

Oksitsefaliya minora bosh (череп башенный)- anamal rivojlanish bo'lib, bosh suyagi yorig'larining muddatidan oldin bitishi natijasida kelib chiqadi va bosh baland otsimon shaklida bo'lib, old-orqa yo'nalish bo'yicha shakllangan (siqilgan).

Omodisplaziya (omo-grek tilidan olingan - elka)-elka displaziyasidir, suyaklar rivojlanishining tug'ma buzilishi, bunga quyidagilar kiradi. Yuzning anamaliyasi yani bosilgan puchuk burun, burun belining kengayishi va labning uzun bo'lishi elka suyagining kalta bo'lishi, skeletning buzilishi quyidagiha bo'ladi-elka suyagi distal uchining o'sishining nuqsoni, mishelok gipoplaziyasi, bilak suyagi boshchasining old biqinga chiqishi va tirsak suyaklarining bir-biridan proksimal ajralishi.

Adabiyot: Maroteaux P et al: Omodysplasia. Am. J. Med. Genet. 32: 371-375,1989; Al Gazali LI, Al-Asaad FA: Recessive omodysplasia. Clin. Dysmorph. 4: 52-56, 1995.

Mikrotiya – animal rivojlanish bo'lib, quloq supراسi kichkina bo'lib, tashqi eshitish yo'lining atreziyasi bilan birga keladi.

Burun. Burun, yonoq suyaklari, jag'larning keskin kattalashuvi akromegaliyaga xosdir. Burun suyagi old devorini ichkariga kirishi (egarsimon burun), turli xil shikastlanishlarda kuzatiladi. Bundan tashqari, tug'ma zaxm kasalligi natijasidir. Mazkur kasallikda burun suyaklarining nekrozi rivojlanadi. Doimo qizargan burun aroqxo'rlik belgisidir. Burun qonashi esa yurak tomir xastaliklaridan, jigar tsirrozi, qon kasalliklaridan dalolat beradi. Shuningdek, Osler, gipertoniya, yurak-qon-tomir tizimi xastaliklari va qon kasalliklari (leykoz, Verlgof kasalligi, trombotsitopatiyalar), singa, surunkali gepatit, septik kasalliklar, uremiya, va boshqa holatlarda uchrashishi mumkin. Miyaga qon quyilishida va uch tarmoqli nerv tolalarining yallig'lanishida burun burmasini bir tomonlama silliqlashishi kuzatiladi.

Og'iz. Og'iz ko'zdan kechirilganda uning atrofidagi mushaklariga (kiset simptomi sklerodermiyada), lablariga (ko'karish bormi yo'qmi, yurak kasalliklarida), tishlariga ular soniga ba'zan kamayadi gipodontiyayoki butunlay yo'qligi adontiya, karies, paradontoz bor yo'qligiga, milklaridan qon ketishiga e'tibor beriladi. Og'iz bo'shlig'i orqali til, tish va milklardagi o'zgarishlarni o'rganish mumkin bo'ladi. Milklarning shishishi va qonashiga, o'tkir leykoz va simob bilan zaharlanganda yuzaga keladi. Qo'rg'oshin bilan surunkali zaharlanishda asosan milklarda qoramtir chiziqlarni kuzatish mumkin.

Turli xil infektsiyalar va og'iz bo'shlig'idagi badbo'y hidlar stomatit xastaligidan darak beradi. Milklardagi to'q rangli chiziq, og'iz bo'shlig'idagi tangasimon dog'lar Addison-Birmer kasalligining belgisi hisoblanadi. Tilning qurishi har xil infektsiyalarda, isitmalashda, o'tkir peritonit va turli kasalliklarda uchrashi mumkin. Tilni ko'zdan kechirish orqali bemorning umumiy ahvolini baholash mumkin. Tilning juda quruqligi katta – katta tilimlar (yoriqlar) paydo bo'lishiga olib keladi. Shuningdek, tilning qonashi va to'q rangli bo'lishi uremiyaning og'ir formasida yaqqol namoyon bo'ladi. Ba'zi hollarda tilning ustki qismi tekislanib yumshayadi. Bu simptom Addison-Birmer kasalligiga xosdir. Tilning uchi og'rishi va kuyishish hissi paydo bo'lishi axiliya xastaligining alomatidir.

Ba'zida til qizg'ish rangda bo'ladi. Tilning bunday tus olishi B₁₂ vitaminining yetishmasligi sababidir. Bolalarning o'tkir yuqumli kasalliklarida til to'q qirmizi rangda bo'ladi. Qorin tifi kasalligida tilning ustki yuzasi to'q rangda, uchi esa qip-qizil rangda bo'ladi. Akromegaliyada til o'z o'lchamlariga nisbatan kattalashadi. Jigar sirrozida til qip-qizil tus (malina tili)ga kiradi. Atrofik gastritda til so'rg'ichlari yassilanadi.

Mikrogeniya – pastki jag'ning kichik bo'lishi. Progeniya pastki jag'ning yuqori jag'ga nisbatan oldinga chiqishi. Prognatiya yuqori jag'ning pastki jag'ga nisbatan oldinga chiqishi. Retrognatiya yuqori jag'ning animal rivojlanishi bo'lib, yuqori jag' orqaga siljiydi, lekin razmeri meyorda bo'ladi.

Sezgi a'zolari. Odam tashqi muhitdagi turli xil ta'sirlarni har xil sezgi a'zolari orqali qabul qiladi va tashqi muhitga shular yordamida moslashadi.

Ko'zlarni ko'zdan kechirish muhim ahamiyat kasb etadi. Yuz qiyofasining ko'rigi paytida ko'ruv organlarining holati, rangi, simmetrikligi (ko'z olmasi, ko'zning yordamchi hosilalari)ga e'tibor qaratish lozim. Qovoqlarga e'tibor beriladi shish bo'lsa buyrak kaslliklari, xolesterin almashinuvi buzilishida-jigar kasalliklarida ksantelazma paydo bo'ladi. Qosh va kipriklarning to'kilishi miksedema kasalligida uchraydi. Bazedov kasalligining asosiy belgilaridan biri ko'zning bo'rtib chiqishi, chaqchayganligi (ikki tomonlama ekzoftalm) kuzatiladi. Bir tomonlama ekzoftalm, ko'z olmasiga qonning quyilishi, turli xil shishlar, yallig'lanish jarayonlari va o'smalarda uchrashi mumkin.

Miksedema, peritonit, agoniya esa ko'z gavharining o'tirib qolishi kuzatiladi. Shox va to'r pardasining sariq rangda bo'lishi gepatit va boshqa gepatozlar (jilber sindromi, Qonavalov-Vilson kasalligi va h.k.), o't pufagi va yo'llari tosh kasalligi, gemolitik anemiya, o'sma kasalligi, shuningdek, oshqozon osti bezi xavfli va xavfsiz o'sma xastaliklaridan darak beradi. Ko'z gavhariga e'tibor berganda albatta uning o'lchami, holati, yorug'likka bo'lgan javob reaksiyasini inobatga olish zarur. Koma holatlarida yorug'likka bo'lgan javob reaksiyasi bo'lmaydi. Morfin, opiy, turli xildagi giyohvand moddalar bilan zaharlanganda ko'z gavharining torayishini kuzatishimiz mumkin. Ko'z soqqasini qisqarishi rivojlanayotgan paralich holatida uchraydi, shuningdek, organizmga pilokarpin, rezerpin tomizilganda ham ko'z qorachig'i mushaklari qisqaradi.

Miyaga qonning quyilishi, komatoz holati va atropin dorilari bilan zaharlanganda ko'z qorachig'i kengayadi. Ko'z gavharlarining bir xil bo'lmasligi katta diagnostik ahamiyatga egadir. Ko'z gavharlari hajmining har xil bo'lishi markaziy nerv tizimining ish faoliyati buzilganligi haqida dalolat beradi.

Kriptoftalm kiprik, ko'z tirqishi va ko'z olmasining bo'lmasligi yoki rivojlanmasligi.

Lagoftalm (quyon ko'zi)-kiprikning to'la yopilmasligi, bunda shox parda hamda to'r parda (qonyuktiva) quriydi va yallig'lanish yuzaga kelib distrofik o'zgarishlar yuzaga keladi. Lagoftalmda ko'zning aylana mushagi paralichi bo'ladi. Bu kasallikning irsiy shakli bo'lib, qovoqlar juda katta, qalin va pastkisi esa chappa qaytgan bo'ladi, kipriklar ikki qator bo'ladi, tanglay va lablari yoriq (chokli), gipodontiya bo'ladi.

Yuz qiyofasi. Yuz qiyofasini ko'zdan kechirish turli kasalliklarni aniqlashda yordam beradi. Yuz terisi mushaklari sistemali sklerodermiyada atrofiyaga uchrab yaltirrab turadi. Yuzning simmetrikligiga e'tibor qaratamiz, insultlarda, yuz nervi nevralfiyasi va paratitlarda assimetriya kuzatiladi. Yuz terisi rangi (sariqliklarda, gemolitik anemiyalarda) sarg'ayadi. Ba'zi kasalliklarda yuzda toshmalar toshadi unga e'tibor qaratish lozim (kapalak simptomi-sistemali qizil bo'richa) va boshqa yuqumli kasalliklarda ham toshmalar toshadi. Yuzga qarab kasallik og'irligi (o'tkirligi) ni aniqlash mumkin. Bularga o'tkir peritonit, uremiya va boshqa o'tkir kasalliklarni misol qila olamiz. Bemor qattiq shamollab qolsa, ko'zlari o'tirib, yuzda shish va ter paydo bo'ladi. Yuzning bu ko'rinishini birinchi bo'lib tibbiyot asoschisi Gippokrat aniqlagan va bu- facies Hippokratika – shishgan, dokaday oqargan deb nom bergan.

Buyrak kasalligida (nefrit, nefroz) yuz va qovoqlar shishadi, bunda yuz qiyofasi facies nefriticus deyiladi. Yurak xuruji, yurakning tug'ma yoki ortirilgan nuqsonlarida ham, yuz turli xil o'zgarishlarga duch kelishi mumkin, ya'ni lab burun uchi, quloq suprasining ko'karishi (akrotsianoza) kabi illatlari yuzaga keladi. Mitral klapan yetishmovchiligi va stenozida ham yuzda o'ziga xos o'zgarishlar kuzatiladi. Bunday holat facies

mitralis deb nom olgan. Aortal klapan yetishmovchiligida yuz sal oqaradi. Cho'zilgan septik endokardit holatida esa yuz sariq rangli tus oladi - «cafe au lait» (sut va qahva rangida).

Silda esa «habitus phtizicus»-oriqlagan, rangsiz yuz, uzun-uzun kipriklar bo'ladi.

Endokrin xastaliklari (Basedov kasalligi, miksedema, akromegaliya va hokazo)da bemorning yuz qiyofasida bir necha o'zgarishlar kuzatiladi. Ayniqsa, gipertireoz kasalligida Basedov yuzi (facies Basedovica) ya'ni ko'zlar kattalashgan, chaqchaygan, qo'rquv hissi va qovoqlarning dag'allashishi namoyon bo'ladi. Qalqonsimon bez funksional yetishmovchiligi (miksedema) oqibatida yuzlar shishgan, aylana shaklda va befarqlik belgisi namoyon bo'ladi.

Gipofiz bezining oldingi qismi eozinofil adenoma xastaligida yonoq suyaklarini qizarishi va kattalashishi, burun, jag', qovoq, lab, tilning keskin kattalashishi akromegaliyada kuzatilishi mumkin. Burun chetlari bo'rtib chiqishi, keskin qizargan yuz, burun va lablar chetida toshma (herpes) toshishi, sariqlik belgisi o'pka yallig'lanishini anglatadi. Shuningdek toshmalar badanda va tana a'zolarida ham uchrashi mumkin, masalan, turli xil infektsiyalarda: malyariya, qaytalangan tif, serebrospinal meningitda kuzatiladi. Gerpes virusi ishtirokida paydo bo'ladi va nerv tarmoqlari herpes zoster bo'ylab tarqaladi.

Bo'yinni ko'zdan kechirishda qalqonsimon bezi katta-kichikligiga e'tibor beriladi, qalqonsimon bez kasalliklarida hajmi kattalashadi. Bo'yindagi limfa tugunlari limfaadenitlarda, leykozlarda, limfagranulematozda, tuberkulyozda, bo'yinda yaqin joylashgan a'zolar yallig'lanishlarida kattalashadi. Bo'yindagi tomirlarga alohida e'tibor qaratiladi boyin arteriyasi pulsatsiyasi aortal paroklarda, venalari pulsatsiyasi yurakning o'ng qorincha va bo'lmacha etishmovchiliklarida kuzatiladi. Bo'yin mushaklari qotishi, tortilishi meningitda yuzaga keladi. Bo'yin mushaklari elastikligining pasayishi yoki falajlanishi dermatomiozitda vujudga keladi bu holatda bemor boshini tuta olmaydi.

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirishda birinchi navbatda uning tipiga (astenik, normastenik, giperstenik), shakli (emfizematoz, bochkasimon, voronkasimon, raxitik, paralitik, qayiqsimon) ga etibor beriladi. Ba'zan yurak do'ngligini ko'rish mumkin, bu bolalikdan yurak parogi bilan kasallangan bemorlarda uchraydi, shu bilan birga tomir pulsatsiyalari (aorta anevrizmi, opka stvoli kengayishi, o'ng qorincha gipertrofiyasi) ni ham ko'rish mumkin. Ko'krak qafasi mushaklariga e'tibor (simmetrik, asimmetrik) beriladi. Sut bezlariga e'tibor beriladi va onkologik kasalliklarni, mastopatiyalarni, mastitlarni aniqlash mumkin. Jigar kasalliklarida gnekomastiya ya'ni erkaklarda sut bezining kattalashishini ko'rish mumkin. **Politeliya** – sut bezi so'rg'ichlarining ko'pligi ham uchratish mumkin. Ko'krak qafasi umurtqalari qiyshayishi (skalioz, lordoz, kifoz)ni ko'rish mumkin. Qovurg'alarda etibor beriladi oralig'i kengayishi o'pka emfizemasida kuzatiladi. Ko'krak qafasi asimmetriyasini eksudativ plevritda uchratish mumkin. Ko'krak sohasi, qo'ltiq osti, o'mrov osti limfa tugunlariga e'tibor qaratish lozim, ba'zi bir kasalliklarda kattalashadi (yuqoriga qarang).

Qorinni ko'zdan kechirganda katta kichikligiga, shish bormi yo'qmi (jigar tsirrozida, portal gipertenziyada, buyrak, yurak etishmovchiligida, jigar va taloqning kattalashishida), qorin devoir venalari kengayishi, tomir yulduzchalar paydo bo'lishi, kindikni bo'rtib chiqishi jigar tsirrozida uchraydi-qorinda suyuqlik borligidan yoki kindik churrasidan dalolat beradi. Qorin mushaklarini asimmetriyasi peritonitda yuzaga keladi. Epigastral sohada kaxektsiyaga uchragan kishilarda o'ng qorincha gipertrofiyasida pulsatsiya va aortani pulsatsiyasini ko'rish mumkin. Qorin devorida kindik va boshqa churrallarni aniqlash mumkin. Shish va havo to'lishi hisobiga qorin razmeri kattalashadi bunday holat kvashiorkor kasalligida yuzaga keladi. Kvashiorkor (sinonim - gidrokaxektsiya) – og'ir alimentar distrofiya bo'lib, oqsil etishmovchiligida kelib chiqadi va Arikada ko'proq uchrab, asosan bolalar kasallanadilar. Klinikasi-fizik rivojlanishidan orqada qoladi, gipoalbuminemiya hisobiga tarqalgan shish bo'ladi, terida depigmentatsiya o'choqlari yuzaga keladi, sochlarning to'kilishi va rangi o'zgaradi, anemiya bo'ladi, ichaklarda so'rilish buzilib, najas ko'payadi va hazm bo'lmagan oziq ovqat maxsulotlari bilan chiqadi,. Bolalarda ruhiy buzilish kuzatiladi.

Qo'l va oyoqlarni ko'zdan kechirish. Bemorlar oyoqlari ko'zdan kechirilganda ularning simmetrikligi, mushaklarida atrofiya bor yo'qligi (insult va falajlarda), harakatiga, mushaklar kuchiga e'tibor beriladi. Chov sohasi limfa tugunlari urogenital kasalliklarda kattalashadi. Bulardan tashqari chov sohasi churrallarini ham uchratish mumkin. Bolalarda penisda fimoz, kattalarda yumshoq va qattiq shankr hamda bularda va ayollarda patologik ajralmalar venerik kasalliklarda ko'rish mumkin. Ko'pincha o'smirlarda profilaktik ko'rik vaqtida varikotsele topiladi hamda orxit kabi o'zgarishlarni aniqlash mumkin. Barmoqlarning va tirnoqlarning o'ziga xos o'zgarishi (nog'ora tayoqchasimon barmoq, soat oynasisimon tirnoq) uzoq davom etgan yiringli kasalliklarda kuzatiladi. Bundan tashqari, ko'zdan kechirishda shishlarga ahamiyat beriladi. Ular mahalliy yoki butun tana bo'ylab (anasarka) tarqalgan bo'lishi mumkin. Ba'zan bemorlarni bir oyog'ida shish bo'lishi

mumkin bu shu oyoqning tomir kasalliklarida kuzatiladi. Shishlar paydo bo'lganda to'qima va a'zolarning hajmlari kattalashadi, ularning tashqi ko'rinishi o'zgaradi. Limfa tugunlarini ko'zdan kechirishda ularning kattalashganligini ko'rish mumkin.

Qo'l va oyoqlarning qiyshayishi.

Kamptodaktiliya – animal rivojlanish bo'lib, bir yoki bir necha barmoqning bitta yoki ikala barmoq bo'g'inlarining bukiluvchi kontrakturasiga bo'ladi, aksariyat holatda kichik ya'ni V barmoq.

Peromeliya animal rivojlanish bo'lib, gavda meyorda bo'lib, qo'l va oyoqlar kalta bo'ladi.

Polidaktiliya-qo'shimcha barmoqlar bo'lishi: preaktsil-qo'shimcha barmoqlar katta barmoq yonida bo'ladi, postaktsil-qo'shimcha barmoq kichik barmoq tomonida bo'ladi.



Sindaktiliya –oyoq barmoqlarining bir-biriga bitishib ketishidir-irsiy kasalliklar guruhiga kiradi.



Rizomeliya - qo'l yoki oyoqning proksimal segmentini uzunasiga (elka yoki son suyagi) disproportsiyasi yani kalta bo'lishi yoki ko'pincha qalinlashishi.

Teri. Teri qoplamini ko'zdan kechirganda birinchi navbatda terining ustki qismiga va uning ostida joylashgan barcha qatlamlariga e'tibor qaratish lozim. Teri ustki qismining rangparligi kamqonlik kasalligida, o'tkir va surunkali qon yo'qotishlar (jarohatlanish oqibatida ko'p qon yo'qotish, turli xil yara kasalliklarida, ginekologik qon yo'qotish bachadon miomalarida hayz tsiklining uzayishi natijasida va homilaning rivojlanmasligi), qon aylanish tizimi kasalligi (xloroz, Addison-Birmer kamqonligi, leykozlar, gemolitik kamqonlik, Verlgof kasalligi)da surunkali va og'ir kechadigan infeksiyalar kasalliklar, sepsislar, malyariya, endokarditlar, zaharlanish va boshqa kasalliklarda uchrashi mumkin. Shuningdek, terining rangparligi gemoglobinning normadan pasayishi oqibatidan ham kelib chiqadi.

Rangparlik ba'zan buyrak xastaliklariga chalingan bemorlarda, qo'rquv, qusish, gipertoniya, behushlik holati, shuningdek qon aylanishining yetishmovchiligi (aortani quyi qismining siqilishi, aorta klapanlarining yetishmovchiligi) holatlarida kuzatiladi. Kollaps va peritonitda ham rangparlik kuzatiladi. To'satdan boshlangan rangparlik bemorning ko'p qon yo'qotganligidan dalolat beradi. Odatda mazkur bemorlarda teri ustki qismining rangparligi bosh aylanishi, behushlik holatlari, pulsning tezlashuvi, arterial bosimning pasayishi holatlari paydo bo'ladi. Bularidan tashqari rangparlik ayrim bemorlarda o'tkir hepatitning rivojlanishi oqibatida ham kelib chiqadi.

Yurak qon- tomir tizimining yetishmovchiligi oqibatida arteriya qonlarini yurak bosim bilan harakatga keltirmasa, O₂ bilan to'yinmasdan qoladi va arteriya kapilyarlaridagi qon, o'pka arteriyalaridan aylanmasdan yana yurakka boradi. Bu jarayon venoz qonida gemoglobinning qayta tiklanishiga sabab bo'ladi va lablar burchagida ko'karish (tsianoz) holatlarining paydo bo'lishiga olib keladi. Mazkur holat periferik tsianoz deb nomlanadi.

Nafas olish organlarining kasalliklari (emfizema, pnevmoskleroz va boshqa nafas organlarining yallig'lanishlari) ga gazsimon zaharli moddalar sabab bo'lishi mumkin. O'tkir tsianoz tug'ma yurak paragida, o'pka arteriyalari sklerozida, emboliyada, o'pka emfizemasida uchrashishi mumkin. Ba'zida to'sh suyagi dastasi sohasidagi teri sariq rangli tus olishi, qonda bilirubinning oshib ketishidan darak beradi. Ushbu holat sariqlik

(icterus) deb nomlanadi. Giperbilirubinemiya simptomining davomiyligiga va rivojlanishiga qarab teri rangi o'zgaradi: ochiq limon rangidan – to'q sariq rangigacha kirishi mumkin bo'ladi.

Pigmentatsiyalarning joylashuvi bir xil kechmaydi. Avval og'iz bo'shlig'i (yumshoq tanglay, tilcha osti, shilliq qavati) bo'yaladi, keyinchalik esa yuz burmalari, burun va yuz atroflari, kaftlar, tovonlar bo'yaladi. Bu tus asta sekinlik bilan butun tanaga tarqaladi (subicterus).

Terining to'q rangli tus olishi uzoq muddat davomida (argirosis), mishyak (mishyakli melanoz) ning iste'mol qilinishi tufayli yuzaga kelishi mumkin bo'ladi.

Ayollar ko'krak sohasi terisining rangini o'zgarishi, shuningdek qorinda oq chiziqning paydo bo'lishi homiladorlikdan darakdir. Ko'rikda depigmentatsiya oq tanachalar (vitiligo), yoki kichik-kichik dog'chalar (Leucoderma) ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Terini ko'zdan kechirish katta diagnostik ahamiyatga ega. Unda rangli toshmalar bo'lishi, qon quyilishi, yaralar, chandiqlar, soch qoplamasining buzilishi hamda tirnoqlar patologiyasiga ahamiyat beriladi. Bundan tashqari, paypaslash orqali terining quruqligi, namligi, cho'ziluvchanlik darajalarini aniqlanadi. Uning rangi pigment miqdoriga, qalinligiga va qon bilan to'lishiga bog'liqdir. Teri rangining quyidagi o'zgarishlari farq qilinadi: oqarishi (bo'zarishi), qizarishi, ko'karishi, sarg'ayishi, yer rangida bo'lishi mumkin.

Terining oqarishi vaqtinchalik funksional (kuchli og'riq, hayajon, qo'rqish va h.k. tufayli) yoki doimiy (kamqonlik, buyrak kasalligi, aorta nuqsoni va h.k. tufayli) bo'lishi mumkin.

Qizarish ham fiziologik (uyalganda, g'azablanganda, tashqi harorat ta'sirida) va patologik (Vakez kasalligi, gipertoniya, is gazi bilan, atropin, amilnitrit, afyun moddalaridan zaharlanishlar va h.k.) holatlarida bo'lishi mumkin.

Ko'karish doimo patologik holat bo'lib u gaz almashinuvi buzilishi bilan kechadigan o'pka kasalliklarida, yurak-qon tomirlari kasalliklarida (qonning dimlanishi hisobiga), zaharlanganda vujudga keladi. Ko'karish ko'pincha do'ng joylar (burun uchi, quloq suprasi, labda) periferiya (barmoqlarda, tirnoqlar)da (akrotsianoz) ko'rinadi. Sarg'ayish har xil tusda ko'rinishi mumkin: och sariqlikdan (sub'ikterik), to'q, sariqlikkacha. Sariqlik ko'p davom etganda yashilroq tusga kiradi. Sariqlik ko'zning oqida va tanglayning shilliq qavatida kuchliroq namoyon bo'ladi.

Fiziologik holatda qonda karotin pigmenti ko'payib ketganda (tomat, sabzi ko'p iste'mol qilinganda) yoki ayrim dorilarni ichganda qo'l kafti, oyoq panjalari, teri sarg'ayib ketadi. U haqiqiy sariqlikdan farq qilib, unda ko'zning oq qavati va tanglayning shilliq qavati sarg'aymaydi, buyrak usti bezi yetishmovchiligi terida bronza rangiga o'xshash dog'lar paydo bo'lishi tarzida yuzaga chiqadi, pigment kamayishi yoki yo'qolishi natijasida terida oq dog'lar paydo bo'ladi. Ular har xil kattalikka ega va ko'pincha simmetrik bo'lib organizmda hech qanday funksional buzilishlarga olib kelmaydi. Turli xildagi dog'lar (makula), tuguncha (papula), pufakcha (vesicula), qavariq (urtica), eritema (erythema), teridagi nuqtali qon talashlari (petixiya) toshmaning asosiy shakliyi ko'rinishlari bo'lib hisoblanadi.

Qator yuqumli kasalliklar, shu jumladan, qizamiq, qizilcha, suvchechak, ichterlamada badanda toshmalarining toshib ketishi bilan kechadi. Ichki kasalliklarda uchuq toshishi (krupoz pnevmoniya, gripp), allergiyalarda har xil toshmalar bo'lishi mumkin. Teridagi chandiqlar (chechakdan keyingi chandiq, zaxmdagi chandiq, Itsengo - Kushing sindromidagi chandiqlar, operatsiyadan keyingi chandiqlar va h.k.) ham ma'lum diagnostik ahamiyatga egadir. Terining quruqligi yoki namligiga ham e'tibor beriladi. Terining quruqligi organizm suvsizlanganda, ichburug'da, qusishda, miksedemada, qandli diabetda, surunkali nefritda kuzatiladi. Teri namligini ortishi va terlash isitma bilan kechadigan yuqumli kasalliklarda (gripp, qora oqsoq kasalligi, sil, sepsis) hamda revmatizm, Bazedov kasalligida ko'proq xos bo'ladi.

Antropometriya

Antropometriya (anthropos – odam, metron – o'lchov)-insonning jismoniy rivojlanishini o'lchash demakdir. Insonlar o'z bo'ylarini bo'y o'lchagich ya'ni rostamer, ko'krak qafasi aylanasini sm li lenta ya'ni metr, og'irligini tarozi orqali, kuchini dinamometr, ayollarda tos-chanoq rivojlangan-rivojlanmaganligini tsirkulsimon sm li o'lchagich ya'ni tazomer bilan, gonomer bo'g'imlar o'lchanadi.

Antropometriyada antropometrik ko'rsatkichlar aniqlash orqali tashxis uchun muhim ma'lumotlar olish mumkin.

Ayollar tos-chanoq o'lchamlarini meyordaligini aniqlash uchun tazomerdan foydalaniladi. Buning uchun katta tosning 4 o'lchami aniqlanadi. 1. Distsiya spinarum, 2. Distsiya kristarum, 3. Distsiya troxanterika, 4. Distsiya externadir.

Distantiya spinarum-yonbosh suyaklar qirrasining old-yuqori o'siqlari o'rtasidagi masofa bo'lib, 25-26 sm ni tashkil qiladi.

Distantiya kristarum-yonbosh suyaklar qirralarining bir-biriga nisbatan eng uzoq joylashgan nuqtalari orasidagi masofa va 28-29 sm ni tashkil qiladi.

Distantiya troxanterika-bu son suyaklari katta g'altaklari orasidagi masofa bo'lib-30-31 sm ni tashkil qiladi.

Distantiya externa-(tashqi konyugata, to'g'ri o'lcham) qovning yuqori-tashqi qirrasidan dumg'oza usti chuqurchasigacha bo'lgan oraliq, u V bel umurtqasining o'tkir osimtasi bilan dumg'oza o'rta qirradi boshlanish joyi oralig'ida joylashgan bo'lib 20-21 sm ni tashkil qiladi.

Bemorning bo'yi maxsus bo'y o'lchagich bilan o'lchanadi. U santimetrlarga bo'lingan tik taxta va unga biriktirilgan siljib yuruvchi gorizontol o'rnatilgan kichik taxtachadan iborat. Bo'y o'lchanayotganda kishi o'lchagich tagidagi taxtachaga orqasi bilan turadi. Bunda gavdasining uch joyi: tovon, dumba va ko'krak sohasi santimetrlarga bo'lingan taxtaga tegib turishi va tashqi eshituv yo'lining ustki chegarasi ko'zning tashqi burchagi bilan bir gorizontol chiziqda turishi kerak. Shundan keyin o'lchagichning siljuvchi taxtachasi bosh ustiga tushiriladi va uning qaysi son ustida turgani belgilanadi.

Ko'krak qafasining aylanasi santimetrli tasma bilan osoyishta nafas olinib chiqarilgan, qo'llar pastga tushirilgan vaqtda o'lchanadi. O'lchov lentasi orqa tomondan ko'krakning burchagi ustidan, old tomondan esa VI qovurg'aning ustidan o'tishi kerak. Ko'krak aylanasi tashqari uning old-orqa va ko'ndalang diametrlari sirkul yordamida o'lchanadi.

Bo'g'imlarni harakatchanligini aniqlash mumkin-gonomer orqali.

Tana vaznini o'lchash. Bemorlar shifoxonaga kelganlarida va u yerdan davolanib chiqib ketayotganlarida ularning vazni o'lchanadi. Bemor vazni kiyimsiz holda erta bilan nonushta qilmasdan, bemor qovug'ini bo'shatgandan keyin o'lchanadi. O'lchash uchun oddiy yuk tarozidan foydalaniladi. Tortilgandagi natija kasallik tarixidagi harorat varag'iga yozib qo'yiladi. Bemorni maxsus tibbiy tarozida vazni o'lchanadi. Ertalab nahorda oddiy kiyimda va siydik pufagi boshalgan holda gavda vaznini o'lchash maqsadga muvofiq bo'ladi. Bemorni vaznini o'lchashdan oldin tarozi sozligini tekshirilib, yo'nalish toshchalarini 0 holatiga keltirib, o'lchash boshlanadi. Odatda bunday o'lchamlar haftada bir yoki ikki marta o'tkaziladi. Har bir bemorning holatini baholash tibbiy xodimning asosiy vazifasi bo'lib hisoblanadi.

Bemorning og'irligi me'yorini bilish uchun uning santimetrda ifodalangan bo'y uzunligidan 100 ni ayiriladi. Masalan, bo'yi 180 sm – 100=80 kg. Demak, bo'yi 180 sm bo'lgan kishining og'irligi 80 kg bo'lishi kerak. Bundan 2 -3 kg ko'p yoki kamligi katta ahamiyatga ega emas. Kishining yoshi ortib borgan sari uning og'irligi ham ortda boradi. Masalan, 60 yashar bo'yi 180 sm bo'lgan odamning og'irligi 90-95 kg bo'lsa ham norma hisolanadi. Yetarlicha ovqatlanmaslik, yuqumli jarayonlar, intoksikatsiyalar, iste'mol qilingan ovqatning singmasligi (ich ketish, qusish, ichaklar yallig'lanishi, ichakda gijja bo'lishi va h.k.), endokrin a'zolar faoliyatining buzilishi (Bazedov kasalligi), xavfli o'smalar, asab kasalliklari va boshqalar tufayli bemorning og'irligi kamayib ketadi. Og'irlikning oshib ketishi esa quyidagi hollarda, ya'ni ko'p ovqat yeyish, moddalar almashinuvi va ichki sekretsiya bezlari faoliyatining buzilishi, shishlar paydo bo'lishi, tanadagi bo'shliqlarga suv yig'ilishi va boshqalar sababli kuzatiladi. Aniqlangan antropometrik ko'rsatkichlar asosida bir necha amaliy ahamiyatga ega bo'lgan indekslar hisoblab chiqariladi.

Bo'y – og'irlik kuchi – gavda tuzilishining mutanosibligini ko'rsatadi. Iqini 100 ga ko'paytirib, santimetrlar bilan ifodalangan bo'y uzunligiga bo'linadi.

$$\frac{M \cdot 100}{P}$$

Uning formulasi

M – gavda og'irligi.

P – bo'y uzunligi sm da.

Normada bu nisbatan 37-40 ga teng bo'ladi. Agar u ortib ketsa, bemorning me'yoridan ortiq tana og'irligiga ega ekanligidan, kamayib ketsa, ozg'inligidan dalolat beradi. Lekin bu ko'rsatkich hamisha shartli bo'lib, unga baho berishga bo'shqa klinik belgilarga ham e'tibor berish kerak.

Bo'y va ko'krak aylanasi mutanosiblik indeksi quyidagi formula asosida aniqlanadi: **P • 100** , bunda O – ko'krak qafasining aylanasi. Bu ko'rsatkich normada

O

50-55 ga teng bo'ladi. 50 dan kam indeks ko'krak qafasining torligini, 55 dan ortig'i esa ko'krak qafasining kengligini ko'rsatadi.

Ketli indeksini aniqlash – tana vaznini kg da ifodalab uni bo'y uzunligiga nisbati (metr kvadratda) olinadi. Normada 19- 24 ni tashkil qiladi. $M = \frac{19-24}{P(M^2)}$

$$P(M^2)$$

Pine indeksi – yuqoridagi barcha ko'rsatkichlar orasida o'zaro mutanosiblik darajasini ko'rsatadi: $P = (O + M)$. Normada u 20 atrofida bo'ladi. Bu ko'rsatkichning ortiq yoki kamligi mutanosiblikning buzilishidan dalolat beradi.

Kuchni o'lchash maxsus asbop dinamometrlarda o'lchanadi (bilak, qo'l kuchi va h.k.).

Isitma va uni olchash. 1758 yilda de Gayen termometriyani taklif etgan. Tekshirish usullari orasida termometriya, ya'ni tana haroratini o'lchash alohida o'rin tutadi. Bemorlarda termometriya og'izdan, qo'ltig ostidan, rectal, vaginal o'tkazish mumkin. Tana haroratining o'zgarishi ko'pincha kasallikning dastlabki belgilaridan hisoblanadi. Sog'lom odam harorati $36-36,8^{\circ}\text{C}$ atrofida bo'ladi. Kun davomida harorat juda kam o'zgarib, $0,3 - 0,5^{\circ}\text{C}$, ba'zan 1°C ni tashkil qiladi, chunki organizmda issiqlik paydo bo'lish va chiqarilish darajasi boshqarilib turadi. Odatda, sog' odamda jismoniy mehnatdan, to'yib ovqat yegandan so'ng, juda issiq xonada, kuchli hayajonlanganda harorat bir oz ko'tarilib, uyqudan keyin bir oz pasayadi. Agar harorat $37 - 38^{\circ}\text{C}$ atrofida bo'lsa, subfebril isitma, $38-39^{\circ}$ bo'lsa, o'rtacha isitma, 39° dan yuqori bo'lsa, baland isitma deyiladi. Bemor juda holsizlanganda, surunkali intoksikatsiyalarda harorat pasayishi (gipotermiya) mumkin (36°C dan kam).

Harorat ko'tarilishi bemorning ahvoliga ta'sir qiladi. Bemor holsislanadi, og'zi quriydi, ajratilgan siydikning miqdori ancha kamayadi, ozib ketadi. Harorat 1°C ga ko'tarilsa, puls taxminan 8 -10 taga ko'payadi, faqat ba'zi kasalliklarda (meningit, ich terlama) puls haroratning ko'tarilishidan orqada qoladi. Harorat 1°C ga ko'tarilganda nafas olish ham minutiga 4-5 marta ko'payadi. Agar harorat ko'tarilsa, qaltirash paydo bo'ladi. Bunday sezgi teri tomirlarining birdan qisqarishidan yuzaga keladi. Bemor qaltiraganda terining rangi oqaradi, tirnoqlar ko'karadi va teri usti o'rdak terisiga o'xshab ketadi.

Kasallikning kechishida haroratning bir sutkada o'zgarib turishiga qarab, isitmaning bir necha xili farqlanadi.

1. **Turg'un isitmada** (febris continua) ertalabki va kechqurungi harorat 1° dan oshmaydi. Bunday isitma zotiljam, toshmal, terlama va ich (qorin) terlamasi uchun xarakterlidir.
2. **Bo'shashtiruvchi** (febris remittens) isitma ancha baland bo'ladi va uning sutkalik o'zgarishi 1° dan yuqori bo'ladi. Bunday isitma ko'pincha organizmning yiringli kasalliklarida uchraydi.
3. **Gal oshib turadigan isitmada** (febris intermittens) isitmaning sutkalik tebranishi 1° dan oshiq bo'ladi. Harorat me'yoriga tushib, yana yuqori ko'tariladi. Bunday isitma bezgak kasalligida uchraydi.
4. **Gektik yoki tinkani qurituvchi isitmada** (febris hectica) haroratning sutkalik o'zgarishi $2-4^{\circ}\text{C}$ ga yetadi. Bemorning harorati normaga va ba'zan unda ham pastga tushadi, keyin yana ko'tariladi. Haroratning bunday o'zgarishi kuchli qaltirash va terlash bilan kechadi. Bu ko'pincha o'pka silining og'ir xillarida uchraydi.
5. **Qaytalama isitmada** (febris recurrens) harorat birdan yuqoriga ko'tariladi va bir necha kundan keyin yana normaga tushadi, keyinchalik yana ko'tariladi. Bu isitma qaytalama terlama kasalligi uchun xarakterlidir.
6. **Teskari isitmada** (febris inversus) ertalabki isitma kechqurungidan yuqori bo'ladi. Ko'pincha o'pka silida, sepsisda va brutsellyozda uchraydi.
7. **To'lqinsimon isitmada** (febris undulans) harorat asta-sekin ko'tarilib, asta-sekin normaga qadar pasayadi va shu holat yana qaytariladi. Bu isitma brutsellyoz uchun xarakterlidir.
8. **O'zgaruvchan isitma** (febris irregularis) har xil davomiylikka ega bo'lib, bir sutkada o'zgarib turishi bilan xarakterlanadi va ko'pgina kasallikda, ya'ni revmatizm, dizenteriya, sepsis, revmokardit va boshqalarda uchraydi.

Haroratning rivojlanishi uch davrga bo'linadi.

1. **Isitmaning ko'tarilish davri** (stadium incrementi). Bu davrda isitma kasallik turiga qarab, sekin – asta yoki birdan turli vaqt oralig'ida ko'tariladi.
2. **Isitmaning avjiga chiqqan davri** (stadium fastigii). Bu davr bir necha kundan bir necha haftagacha (hatto oylargacha) davom etishi mumkin.
3. **Isitmaning pasayishi davri** (stadium decrementi). Bu davr kasallik xarakteriga qarab turlicha kechadi. Ba'zi vaqtlarda harorat 12-24 soat ichida normagacha yoki normaga yaqin haroratgacha tez pasayib

ketadi, bunday pasayishni krizis yoki kritik isitma tushishi deyiladi. Ba'zan esa kritik pasayishdan oldin harorat ko'tariladi. Haroratning sekin-asta bir necha kun davomida pasayishi zotiljam, bezgak, toshmali terlama uchun xarakterli bo'lsa, litik pasayish esa bronxopnevmoniya, ich terlama uchun xarakterlidir. Ko'pincha haroratning litik pasayishi davomida sutkalik haroratning o'zgarishi 1^o dan yuqori bo'ladi. Bu amfibolik davr deyiladi.

Palpatsiya va perkussiya tekshirish usuli sifatida. Qalqonsimon bez va limfatik tugunlar palpatsiyasi. Klinik tekshirish sifatida palpatsiya va perkussiyaning qo'llanilishi. Palpatsiya va perkussiya rivojlanish tarixi, texnikasi, usullari, diagnostik ahamiyati. Perkutor tovush xarakteristikasi.

Palpatsiya (palpatio)- paypaslash ma'nosini anglatib, bir qo'l orqali (monomanual) hamda ikki qo'l orqali (bimanual), yuzaki va chuqur bo'ladi. Yuzaki palpatsiyada sohadagi og'riqlar, mushaklar elastikligi va holati kabilar va chuqur paypaslashda qorin azolarini holatiga boho beriladi. Palpatsiya tashqi va ichki bo'lishi mumkin. Ichki palpatsiya urologiya va ginekologiya amaliyotida qo'llaniladi. Ko'pchilik holatlarda palpatsiya bilan bir vaqtda ko'zdan kechirish birgalikda o'tkaziladi. Qo'l kaftlari, barmoqlar va barmoq uchlari yordamida tibbiy xodim tekshirilayotgan tanani qismi yoki a'zoning, yumshoqligini, elastikligini, qattiqlashganligini va haroratini sezadi, hamda uning holati va o'lchamini aniqlaydi. Bu usuldan limfa tugunlari, qalqonsimon bez, ko'krak qafasi va ayniqsa qorin bo'shlig'i a'zolarini tekshirishda muhim ahamiyatga ega. Ko'krak qafasini palpatsiyasida uni elastikligi, tovushning titrashi, qovurg'alardagi og'riq (yoriqlar, siniqlar) va qovurg'alararo oraliq (nevralgiyalar, miozitlar va b.)lar tekshiriladi. Bu usul yurak-tomirlar tizimini tekshirishda (yurak cho'qqi zarbi xususiyatini aniqlashda, mushuk xirillashi simptomini mitral va aortal klapan stenozini aniqlashda) qo'llaniladi. Urologiya kasalliklarini aniqlashda ham qo'l keladi (misol: varikotsele, orxidlarni aniqlash).

Qorin bo'shlig'i a'zolarini tekshirishda palpatsiya usuli muhim o'rin egallaydi. Bu usul Obrazsov V.P. va Strajesko P.D. olimlari tomonidan yaratilgan bo'lib, metodik chuqur sirpanuvchi palpatsiya deb nomlanadi. Chuqur palpatsiya ketma-ketlik tartibi quyidagichadir. Barmoqlarni qo'yish, terini tortib burma hosil qilish, ichkariga yani paypaslanuvchi azoga kirish va palpatsiya kabi ketmaketliklardan tashkil topgan. Palpatsiya Ibn Sino davrida tomir urushini tekshirishda keng qo'llanilgan.

Qalqonsimon bez palpatsiyasi. Qalqonsimon bezning palpatsiyasi diagnostik ahamiyatga ega. Aslida qalqonsimon bezi soglom odamlarda palpatsiya qilinmaydi, lekin juda orug'lab ketgan kishilarda paypaslanadi. Qalqonsimon bezning palpaslashda bimanual palpatsiya usulidan foydalaniladi va tibbiy xodim ikala qo'lning 4 ta, ya'ni II-V barmoqlari bilan m. sternokleidomastoideusning orqa tomonidan kiriladi, bosh barmoq bilan qalqonsimon tog'ayga qarab bezni bemor yutinadigan vaqtda paypaslanadi, chunki yutingan vaqtda qalqonsimon bezi yuqoridagi tog'ay bilan birga harakatlanib qo'l ostidan o'tadi.

Paypaslashni boshqa usul yordamida ham bajarish mumkin. Bemorning orqa tomonidan turib ikala qo'lning katta barmog'i bo'yinni orqa tomoniga va qolgan to'rt barmoq bilan m. Sternokleidomastoideusning ichki tomoniga ya'ni qalqonsimon xriyash proektsiyasiga qo'yib paypaslanadi. Razmeri, yuzasi, konsistensiyasi, harakati, og'riq va tugunchalar bor yo'qligi paypaslanadi.

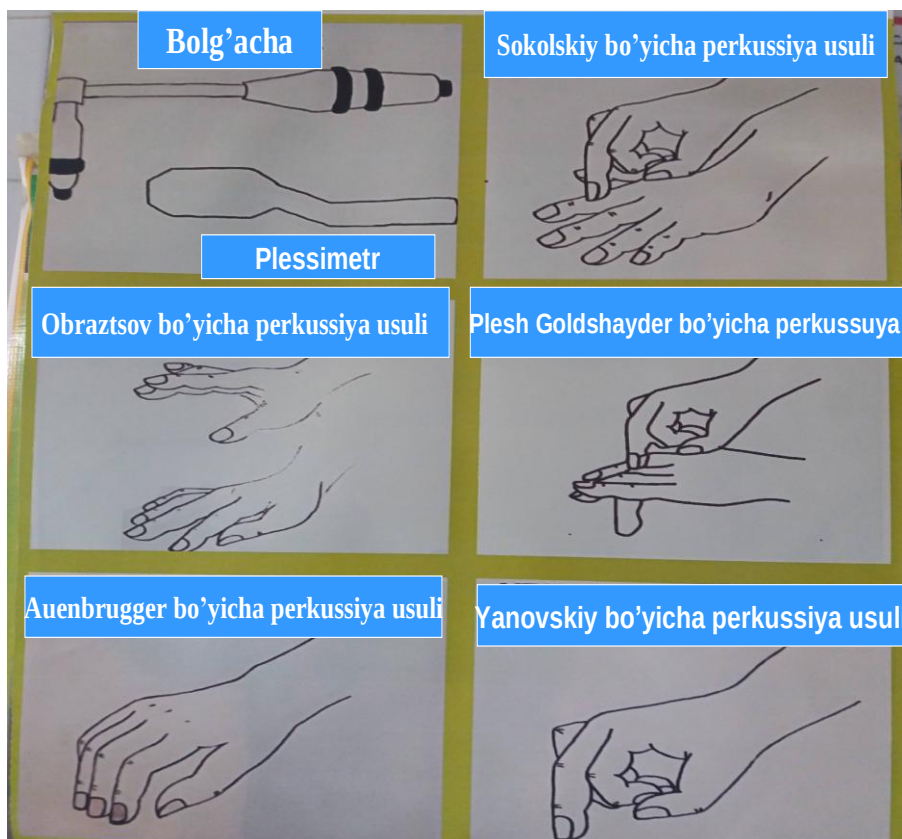
Limfa tugunlari palpatsiyasi. Limfa tugunlar palpatsiyasini o'tkazishda yuzaki va chuqur palpatsiya usulidan foydalaniladi. Yuzaki palpatsiyada boyin, o'mrov osti, qo'ltiq osti va chov sohasi limfa tugunlari hamda chuqur palpatsiyada qorinda joylashgan limfa tugunlari paypaslanadi. Limfa tugunlari odatda bug'doydek kattalikka ega. Ba'zi bir kasalliklarda (limfaadenit, tuberkulyoz, o'sma kasalliklari, leykozlar, limfagranulematoz, limfa tuguni yaqinida joylashgan a'zolar yallig'lanishi va h.k. larda) kattalashadi. Limfa tug'unlari odatda paypaslaganda harakatchan bo'ladi va atrofidagi to'qimalar hamda bir-biri bilan tutashmagan bo'ladi va og'riqsizdir. Bu holat kasalliklarda buziladi va bir-biri bilan tutashib kattalashishi (limfagranulematozda) va og'riqsiz bo'ladi. Leykozlarda ham kattalashadi, og'riqsiz bo'ladi, harakatchan, bir-biri bilan tutashmaydi, yallig'lanishlarda limfa tugunlari kattalashadi, qizaradi, og'riqli boladi va h.k.

To'qillatish usuli yordamida tekshirish (percussion)

To'qillatish - tana yuzasiga urganda chiqadigan tovushni o'zgarishiga asoslangan klinik tekshiruv usuli hisoblanadi. Bu usul dastlab 1761 yilda L. Auenbrugger tomonidan taklif va tadbqiq qilingan. Perkussiya (percussion) – tana yuzasiga to'qillatish, perkussiya qilinayotgan sohadagi zich organlarni yoki to'qimalarni aniqlash, ularni havo yoki suyuqlik bilan to'lganligini aniqlash uchun qo'llaniladigan usuldir. Perkussiyada hosil qilinadigan tovushlar to'qimalarning zichligiga qarab farq qilinadi. Tibbiy xodim perkussiyaning natijalarini baholashni bilishi kerak. Perkussiya jarayonida to'qimalarning tebranish harakatlari faqat 6 - 7 sm chuqurlikgacha tarqaladi, bu usul chuqur joylashgan patologik jarayonlarni aniqlash uchun qo'l kelmaydi.

To'qillatishning tartiblari.

- 1). To'qillatish usuli yordamida tekshirilayotganda bemorning vaziyati qulay bo'lishi kerak, u o'tirgan yoki turgan holatda bo'lishi va faqat og'ir ahvoldagi bemorlar yotgan holatda bo'lishi mumkin.
- 2). Xona harorati tana harorati kabi iliq bo'lishi va jimjit bo'lmog'i maqsadga muvofiq.
- 3). Tibbiy xodim qulay vaziyatni egallashi kerak.
- 4). Uriladigan plessimetr barmoq to'qillatish sohasi (tekshiriladigan zona) ga zich joylashtirilishi lozim.
- 5). To'qillatishda kaft harakati bilan ishlanishi, bir xil zarbning ishlatilishi, barmoqlar perpendikulyar (tik) holatda bo'lishi, qisqa-qisqa urilishi kerak.
- 6). Topografik to'qillatishda baland tovushdan past tovush tomon boriladi va chegara chizig'i barmoq plessimetrning (aniq) tiniq tovush tomonidan belgilanadi.
- 7). Qiyosiy to'qillatish faqat juft azolarda simmetrik sohalarda va bir azoning turli sohalarda olib boriladi.



Suratda turli avtorlar bo'yicha to'qillatib tekshirish usullari keltirilgan.

To'qillatishni bevosita va bilvosita usullari mavjud. Hozirgi vaqtda barmoqni barmoqqa urib to'qillatish odat tusiga kirgan. Buni bilvosita to'qillatish deyiladi. Barmoqni-barmoqqa to'qillatganda faqat qo'l panjasi ishlashi kerak. Bevosita to'qillatish ko'rsatkich barmoq yordamida bajariladi. Bu perkussiya usuliga Auenbrugger monomanual usulida barmoqlar yarim bukilgan holda tekshirilayotgan azoga o'rtacha kuch bilan perpendikulyar sathga uriladi, Obratsov monomanual usulida esa o'rta barmoq ustida ko'rsatkich barmoq sirpantirilib uriladi, shuningdek Yanovski usulida o'rta barmoq tekshirilayotgan sathga perpendikulyar uriladi. Bimanual usul sanalgan Sokolskiy usulida 3-plessimetr barmoq ustiga o'rta barmoq bilan zarbalar juftligi beriladi, shuningdek Plesh-Goldshayder usulida o'rta barmoq tekshirilayotgan sathga tik qo'yilib o'rta barmoq orqali plessimetr barmoqqa ohista zarb beriladi. To'qillatishlardagi tovushlar farqi orqali azoning chegaralari, kattaligi, joylashishi aniqlanadi. Tananing har xil qismlarini to'qillatganda har xil tovush eshitiladi. To'qillatish tovushining xususiyati shu to'qillatgan organning zichligiga, cho'ziluvchanligiga, tarangligiga bog'liqdir. To'qillatishda tebranish harakati paydo bo'lib, u bizning qulog'imizga tovush sifatida eshitiladi. Zich joylashgan o'zida havo tutmaydigan a'zolar mutlaq bo'g'iqlik tovush beradi. Shuning uchun jigar taloq, buyrak, havosiz o'pka, suyuqliklarni to'qillatishda bir-biridan farq qilishi qiyin. Ko'krak qafasini va qorin bo'shlig'ini to'qillatganda paydo bo'ladigan tovushlar ular tutgan havo miqdoriga bog'liq.

Topografik to'qillatish orqali har bir azoning joylashish shakli va kattaligi, chegarasi aniqlanadi. Qiyosiy perkussiyada qo'sh organlarning simmetrik sohalarini tekshiriladi. Ko'krak qafasining simmetrik sohalarini to'qillatish orqali patologik o'choq qayerda joylashganligini aniqlashimiz mumkin.

To'qillatib tekshirishda bir xil kuch bilan uriladi: kuchi bo'yicha to'qillatish tovushi qattiq (tipik;) va sekin (bo'g'iq) bo'lishi mumkin, balandligi bo'yicha - baland va past, aks etishi bo'yicha - timpanik, quticha va metall tovushini aks ettiruvchi tovushlar farqlanadi. Tovush balandligi tovush tebranishi tezligiga bog'liq. Masalan: o'pka to'qimasida havo ortib ketganda (emfizema) to'qillatish tovushi past bo'ladi (tebranish tezligi 70-80 sek). Meyoriy tebranish tezligi 100-130 sek ga teng. O'pka to'qimasi qattiqlashganda u 400 gacha ko'payadi.

Perkutor tovushning turlari. Rezonansli tovush – normal chuqur tovush bo'lib, o'pka perkussiyasida eshitiladi. Bu tovushni o'pkani perkussiyasida ko'krak qafasini old tomonini o'ng tomondan III qovurg'a oralig'idan aniqlash mumkin. Bu baland bo'lmagan kichik tonli tovush hisoblanadi. Timpanik bo'sh organi yoki havo saqlaydigan bo'shliqni ustida hosil bo'ladi. U baland, yuqori tonli bo'ladi. Nog'orani zarb bilan urilganidan chiqadigan tovushga o'xshaydi. Bu tovush oshqozon perkussiyasida, ayniqsa gazlangan ichimlik ichilgandan keyin tekshirilganda yaxshi aniqlanadi. To'mtoq tovush (yoki to'mtoqlik) – yuqori tonli qisqa tovush, zich azolarda, jigar yoki taloq ustida aniqlanadi. U shuningdek patologiyada o'pka to'qimasining zichlashishi (pnevmoniya)da aniqlanadi. Absolyut to'mtoqlik–yuqori tonlarni ustunligi bilan rezonanssiz va vibratsiyasiz bo'lgan qisqa tovush hisoblanadi. Bunday tovush ko'krak qafasida yoki qorin bo'shlig'ida suyuqlik bo'lganda aniqlanadi. To'mtoqroq tovush-bu yurakni o'pka bilan qoplangan qismida, quticha tovush-bu o'pkada havo ortish (to'planish) sindromida, o'pka to'qimasi ustida esa-o'pka tovushi eshitiladi.

Nafas organlari kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, ko'krak qafasini ko'zdan kechirish, palpatsiya va o'pka topografik perkussiyasi, qiyosiy perkussiya texnikasi, ahamiyati.

Nafas azolari fiziologiyasi. Meyorda nafas yo'llarida mukotsiliar klirrens yani mukotsiliar transport amalga oshiriladi. **Mukotsiliar transport** - bu nafas yo'llarini yot zarrachalardan, mikroorganizmlardan, chang va boshqalardan tozalanishidir. Bu nafas yo'llari shilliq qavatida ularning o'tirishi va keyinchalik traxeobronxial shilliq sekret bilan chiqarilishi hisobiga amalga oshiriladi. Mukotsiliar transport respirator traktning immun, tozalovchi va bar'er potentsialini taminlaydi.

Meyorda respirator traktida 3 guruh hujayralar mavjud va bu hujayralar nafas yo'llarini yot moddalar, mikroorganizmlar va boshqalardan tozalab, nafas yo'llarini himoyalab turadi.

1. Qadoqsimon hujayralar – bu hujayralar meyorda suyuq shilliq sekret 100-150 ml bir sutka davomida ishlab chiqaradi. Bu suyuq shilliq sekret 1 minutda 10 mm harakatlanadi. Meyorda suyuq shilliq sekretga chang, yot modda zarrachalari, mikroorganizmlar o'tirib qoladi va yopishadi, shu sekret bilan nafas yo'llaridan chiqarilib organizm (nafas yo'llari) himoyalanaadi. Shilliq sekret 2 qavatdan iborat bo'lib, 1 qavat zol qavat bolib, biroz suyuq. Uning tarkibida elektrolitlar, zardob komponentlari, oqsillar, biologik faol maddalar, fermentlar va ularni ingibitorlari saqlanadi. 2 qavat gelsimon qavat bo'lib, fibrilyar strukturaga ega va makromolekulyar glikoprotein komplekslar, disulfid ko'priklari bilan birikkan mutsinlardan tashkil topgan.

2. Kipriksimon hujayralar. Bular da vorsinkalar mavjud, ular egilib-tiklanib turib harakatlanib turadi. Shu yo'l orqali suyuq shilliq sekret va unga yopishib qolgan yot moddalar nafas yo'llaridan chiqarilib tashlanadi. Kipriksimon hujayralar vorsinkalari meyorda 1 sekundda 15 marta egilib tiklanadi. 10 ta kipriksimon hujayralar 1 qadoqsimon hujayraga teng.

3. O'pka alveolyar yo'llar va alveolyar qopchalardan tashkil topgan. Alveolyar qopchalar alveolalardan tashkil topgan. Alveola devori I-II va III tip alveotsitlardan tashkil topgan. I tip alveotsit nafas olishda, II tip alveotsit surfaktant nomli lipoproteid modda ishlab chiqaradi. III tip alveotsit kam uchrab, nerv oxirlariga boydir. Bu hujayralar gemoretseptor hujayralardir. I tip alveotsit kapilyarlar endoteliysi va ular orasidagi bazal membrana bilan birga qon-havo to'sig'ini (aerogematik bar'er) hosil qilishga ishtirok etadi. Bu to'siq gazlar almashinuvida asosiy rol o'ynaydi. I tip alveotsitlar yassi tsitoplazmasida pinotsitoz pufakchalar ko'p bo'ladi. Ularni respirator alveotsit deyiladi. II tip alveotsitlar baland, kubsimon, tsitoplazmasida sekretor donachalar, plastinkasimon tuzilmalar bo'ladi va ushbu hujayralar alveolalar yuzasini namlab turuvchi surfaktant moddasini ishlab chiqaradi, ularni sekretor hujayralar deyiladi. Surfaktant tarkibida fosfolipidlar (fosfatidilxolin 80%, fosfatidilglikol 10% gacha) va oqsillar bo'ladi. Lipidlarning oqsillarga nisbati 13:1 atrofida bo'ladi. Surfaktant alveolalarni devorlarini nafas chiqargandan so'ng qayta tiklanishiga xizmat qiladi va yopishib qolishdan saqlaydi, interstitsiyadan suyuqlikni alveola ichiga o'tishga yo'l qo'ymaydi. Bakteriotsid, immun himoya va

makrofaglarni faollashtiradi. Surfaktant kattalarda har 5 soatga yangilanib turadi. Bulardan tashqari yana mahalliy nospetsifik himoya omillari lizotsim, interferon, laktoferin, fibronektin kabi immun bo'lmagan bakteritsid tasirga ega moddalar ham himoya funksiyasini o'taydi.

Qisqa qilib aytganda yuqorida aytilganlar nafas olish tizimini himoya funksiyasini o'taydi, va patologik holatlarda ushbu muvozanat buziladi.

Funksional pulmonologiya. Nafas - tashqi va to'qima nafasiga bo'linadi.

Meyorda tashqi nafas 3 etapdan iborat.

1. Etap – ventilyatsiya. Bunda alveola bilan tashqi muhit atmosfera havosi o'rtasidagi gazlar almashinuvi.
2. Etap – diffuziya. Bunda alveola va kapilyar membrana orqali gazlar almashinuvi.
3. Etap – perfuziya. Kapilyarlar orqali gazlar almashinuvi va ularni to'qimalarga tarqatilishi.

Tashqi nafasni buzilishiga olib keluvchi omillarni 5 guruhga bo'lish mumkin;

1. Bronxlar va alveolalarni shikastlanishi.

A) Bronxial daraxtning shikaslanishi, bronxospazm, shishli-yallig'lanishli simptom, kichik bronxlar devorining tayanch strukturasi buzilishi, yirik bronxlar tonusini susayishi, respirator strukturani shikastlanishi (o'pka to'qimasi infiltratsiyasi, destruktiviyasi, distrofiyasi).

B) O'pka parenximasini funksional maydonini kamayishi (o'pka to'qimasini operatsiya qilib olib tashlanishi, o'pka to'qimasini rivojlanmasligi, eksudativ plevrit, pnevmotoraks, pnevmoskleroz, pnevmofibroz, atelektaz va h.k.)

2. Plevra va ko'krak qafasining suyak-mushak tizimini shikastlanishi.

Diafragma va qovurg'alarni harakatini chegaralanishi, quruq plevrit, plevral spayka va o'siqlar.

3. Nafas olishda ishtirok etadigan muskulaturaning shikastlanishi.

Markaziy va periferik falajlanishlar (sistemali dermatomiozit), mushaklarning degenerativ-distrofik o'zgarishlari, miozitar.

4. Kichik qon aylanish doirasida qon aylanishini buzilishi. Kichik qon aylanish doirasida dimlanish (mitral klapan stenoz), opka kapilyarlari spazmi.

5. Nafas olish boshqarilishining buzilishi. Nafas olish markazining bo'g'ilishi, nervlar aktivligini buzilishi, nevrozlar va h.k.

Bu patologik holatlarni aniqlash uchun **Shtange sinamasi** o'tkaziladi, chuqur nafas olish fazasida nafasni ushlab turish. Normada 40 sekunddan ko'p bo'lishi kerak.

Gencha sinamasi-nafas chiqargandan so'ng, nafasni ushlab turish. Meyorda 30 sekunddan ko'p bo'lishi kerak.

Nafas a'zolari tizimi xastaliklarida bemorni so'rab-surishtirish (interrogatio).

Shikoyatlari. Nafas a'zolari tizimi kasalliklarida bemorlar ko'krak qafasida og'riq, quruq yo'tal yoki yo'tal bilan balg'amning ajralishi, hansirash, nafas siqilishi, nafas etishmovchiligi, umumiy holsizlik, haroratning ko'tarilishi, varaja qilish (sovuq qotish) kuzatilishi mumkin.

Og'riq (dolor)ning ko'krak qafasida paydo bo'lishi ko'pchilik holatlarda plevraning zararlanishlarida (quruq plevrit, eksudatli plevritning boshlang'ich davrida, plevral bitishmalarda, plevra endoteliomasida) shuningdek o'pka kasalliklarida (o'pkaning krupoz yallig'lanishida, o'pka infarktida, o'pka o'smalarida va .b.) uchraydi.

Eksudatli plevritda ko'krak qafasidagi og'riqlar sanchiluvchi xarakterga ega bo'lib, diafragmani cho'zilishi hisobiga yuzaga kelib pastga yo'naluvchi xarakterga ega bo'ladi va ko'pincha kasallikning boshlang'ich davrida paydo bo'ladi, eksudat suyuqlikning to'planishi oqibatida plevra varaqlari bir-biridan uzoqlashadi, bunda og'riq yo'qoladi va hansirash paydo bo'ladi.

Quruq plevritda og'riq ko'krak qafasining shikastlangan tomonida bo'lib, asosan shu tomonda yotganda susayadi va aksincha sog' tomonda yotsa kuchayadi. Fonendoskopni qattiq bosib kasal tomon auskultatsiya qilinsa og'riq kuchayadi.

Krupoz pnevmoniyada og'riq yallig'langan tomonda bo'lib, doimiy bo'ladi. Ko'krak qafasi og'riqlari nafas olish akti (miozit, qovurg'alar aro nervlar nevralfiyasi) va terini shikastlanishi (travma, rojali yallig'lanish, tarqoq (opayasivayushiy) lishay, herpes zoster) bilan bog'liqdir. Og'riqning joylashish o'rni, patologik o'choqning joylashish o'rni bilan bog'liq.

Yo'tal (tussis) Organizmning reflektor – himoya reaksiyasi bo'lib, nafas yo'llariga yallig'lanish jarayoni ta'siri natijasida sekret (balg'am, shilimshiq, qon) to'planishi tufayli yoki ovqat bo'lagi yoki boshqa yod jismlar nafas yo'lga tushganda va o'pka to'qimasi tashqaridan ta'sirlanganda (aorta anevrizmi) yuzaga keladi.

Yo'tal mexanizmi- bemor chuqur nafas olganidan keyin, ovoz yorig'ining yopiq vaqtida kuchli nafas chiqaradi, xuddi shu paytda yo'tal akti sodir bo'lib nafas yo'lini balg'am va yot moddalardan tozalanishiga olib keladi.

Quruq plevrit bilan kasallangan bemorlarda yo'tal reflektor yo'l bilan sodir bo'ladi. Bunda yo'tal chuqur nafas olgan paytda bo'ladi. Yo'tal quruq (maxsulotsiz) yoki nam (maxsulotli) balg'am ajralishi bilan bo'ladi. Bemorlarda doimo yoki o'qtin-o'qtin, ba'zida xurujli ko'rinishda paydo bo'ladi. Yo'talning paydo bo'lish vaqti ham diagnostik ahamiyatga ega. Ertalabki yo'tal kopincha bronxoektaz kasalligida, o'pka abtsesida, fibroz-kavernoz tuberkulyozda, bronxitlarda kuzatiladi. Bunda ertalab vertikal holatni egallagandan so'ng balg'am yoki suyuqlik bronxlarda harakatlanadi va bronxlar shilliq qavatini qitiqlaydi va yo'tal hosil bo'ladi. Kechqurungi yo'tallar ko'pincha tuberkulyozda, limfagranulematozda va o'pkaning yomon sifatli o'smalarida kuzatiladi. Bunda kattalashgan ko'ks oralig'i limfa tugunlari bronxlardga ta'sir qilib, qitiqlaydi va yo'tal refleksini hosil qiladi, chunki adashgan nerv faoliyati kechqurunlari oshadi. Yo'tal doimiy va davriy bo'ladi. Doimiy yo'tal o'pka va bronxlarning yallig'lanishlarida, o'pka o'smalarida, ko'ks oralig'i limfa tugunlari kattalashganida, tuberkulyozning ba'zi bir shakllarida kuzatiladi. Davriy yo'tal ko'pincha grippda, ko'k yo'talda, nafas yo'llarida yot modda tushganda, o'pka abtsesi, yorilib yiring bronxlarda o'tganda yuzaga keladi. Ko'k yo'talda yo'tal bilan birgalikda bolalar qusadilar va oxirida inqiragan tovush chiqadi. Yo'tal baland va past bo'lishi mumkin. Baland yo'tal ko'k yo'talda, to'sh orti buqoqda traxeyaga ta'sir qilganda, tovush bog'lamlari shishida kuzatiladi. Past yo'tal tuberkulyozning boshlang'ich davrida, krupoz pnevmonianing birinchi klinik bosqichida, quruq plevritda, fibrozda kuzatiladi.

Quruq yo'tal- laringit, traxeit, pnevmoskleroz, aorta anevrizmida, bronxial astma, quruq plevrit va bronxitda, bronx shilliq qavatlarida shish bo'lganda va uni ichiga quyuq qiyin ko'chuvchi balg'am bo'lganda kuzatiladi. Yo'tal bilan balg'am ajralishi surunkali bronxitda, bronxlarda suyuq konsistentsiyali sekret bo'lganda uchraydi, shuningdek o'pka shamollashi, yurak astmasi, sil, o'pka abtsesi, bronxoektaz kasalliklarida bir sutkada 200 ml gacha balg'am ajraladi. Doimiy yo'tal nafas yo'llari o'pkaning surunkali kasalliklari (surunkali laringit, traxeit, bronxit, bronxoektaz kasalligi, o'pka sili) da uchraydi. Xurujsimon yo'tal nafas yo'lga ovqat bo'laklari yoki yod jism tushganda kuzatiladi.

Tovushsiz yo'tal – asosan ovoz boylamlari sili va zaxm tufayli zararlanishlarda yoki n. recurrens asab tolalarini siqilib qolishlari (spazmi)da kuzatiladi.

Qon tupurish (haemoptoe, haemoptysis). Yo'talganda balg'am bilan birgalikda qon chiqishidir. Balg'amda qonning ajralishi alohida tupurilganda yoki o'pkadan qon ketishi ko'rinishida bo'ladi. Qon tupurish ko'pincha o'pka sili, yurak astmasi, ba'zan bronxoektaz, o'pka abtsessi, gangrenasi, saraton kasalliklarida, ayrim holda grippdan keyingi nafas yo'llari yallig'lanishlarida, mitral stenozda, virusli etiologiya pnevmoniyada, ba'zanda o'tkir bronxitda, krupoz pnevmoniyada, aktinomikoz, askaridozda, o'tkir traxeit, bronxitda, o'pka arteriyasi trombozi, emboliyasida, o'pka infarktida, o'pka o'smasi parchalanish bosqichida kuzatiladi. Balg'am bilan chiqadigan qon, toza va shakli o'zgargan (gemolizga uchragan) bo'lishi mumkin. Toza qon o'pka tuberkulozida, mitral stenozda, ba'zanda o'tkir bronxitda, o'pka gangrenasida, bronxoektaz kasalligida, aktinomikoz, askaridozda, o'tkir traxeit, bronxitda, o'pka arteriyasi trombozi, emboliyasida, o'pka infarktida, o'pka o'smasi parchalanish bosqichida kuzatiladi. Shakli o'zgargan qon pnevmoniyada va o'pka infarkti 6-7 kun o'tqandan keyin kuzatiladi.

Shuni ta'kidlash lozimki, qon tupurish yurak xastaliklari (mitral stenoz va miokard infarkti) tufayli ba'zan o'pkada dimlanish bo'lganda yoki o'pka infarktida kuzatiladi va bu balg'am ko'piksimon xarakterga ega bo'ladi. Qon tupurish o'pkadan bo'lganligiga ishonch hosil qilish uchun balg'amga qonni boshqa a'zoldan qo'shilishini ya'ni milkdan qon ketishlarda, burun shilliq qavatlaridan, teleangioektaziyalardan qonni kelib qo'shilganligini inkor qilish zarur, buning uchun og'iz va burun bo'shlig'ini ko'zdan kechirilishi lozim.

Ba'zan o'pkadan qon ketishlarni oshqozondan ketishdan farqlash qiyin bo'lishi mumkin. Oshqozondan qon ketishda qon to'q rangda oziq-ovqat mahsulotlari bilan ajralib, kislotali reaksiyali bo'ladi, kofe quyqasi ko'rinishida bo'ladi. O'pka xastaliklarida esa qonning och qizil rangida bo'lishi, ko'pikli, ishqoriy muhitli va yo'tal bilan birgalikda ajralishi uchraydi.

Hansirash (dyspnoe) nafas a'zolari kasalliklarida uchraydigan asosiy belgilardan biri hisoblanadi va ekspirator-nafas chiqarishning qiyinlashishi, inspirator-nafas olishning qiyinlashuvi hamda aralash bo'ladi. Shu bilan birga fiziologik hansirash kuzatiladi-asosan kuchli jismoniy ishlar bajarilganda, uzoq muddat fizkultura bilan shug'ulandanda kuzatiladi. Patologik hansirashlar nafas olish, yurak-qon tonir, qon yaratish, markaziy asab tizimi kasalliklari va har xil zaharlanishlarda kuzatiladi. Hansirash o'pka alveolarida ventilyatsiyaning

buzilishi oqibatida yuzaga keladi. O'pkada gazlar almashinuvi va kislorodga to'yinishining pasayishiga olib keladi. Qonda karbonat angidridning miqdori oshishi va modda almashinuvi buzilishida to'liq oksidlanmagan mahsulotlarning ko'payishi nafas markazini qo'zg'alishi va hansirashning paydo bo'lishiga olib keladi. Bulardan tashqari alveolalarda suyuqlik to'planishi, bronxlarda yot moddalarning tiqilishi, bronxlarni tashqaridan siqilishi, o'pka atelektazi, alveolalar elastikligi pasayishi, o'pka emfizemasi, plevra varaqalari orasida suyuqliklar to'planishi ham hansirashga olib keladi. O'pka arteriyasi trombozi va embollarida aralash va og'riqli hansirash kuzatiladi, bunda chuqur nafas olish va chiqarishni ko'rish mumkin. Bunday vaqtda bemorlar majburiy holat egallab, o'tirgan halatni (ortopnoe) egallaydilar.

Hansirashning 3 xil turi tafovut qilinadi: - **Inspirator hansirash**, biror mexanik to'siq nafas olish paytida havoni o'tkazilishini qiyinlashtirganda kuzatiladi. Hansirashning bu turi nafas yo'liga yot modda tushganda tovush bog'lami keskin shishida, halqumning torayishida va o'sma tufayli siqilishida, buqoq yoki aorta anevrizmi tufayli siqilganida, ko'p hollarda yurak xastaliklari (yurak astmasi), opka shishida kuzatiladi. Bunday holatlarda nafas olish shovqinli (stridoroz nafas) bo'ladi.

- **Ekspirator hansirash** bronxial astma xuruji paytida bronxlarning birdaniga torayishi tufayli, bronxiolitda hamda o'pka emfizemasida kuzatiladi.

- **Aralash hansirashda** qiyinlashgan nafas, nafas olinishi va chiqarilishida kuzatiladi. Bu nafas turi bronx o'tkazuvchanligini buzilishi II darajada, o'pkaning nafas yuzasini kamayishida, o'pkaning yallig'lanishida, plevrada suyuqlik to'planishida, pnevmotoraksda obturatsion atelektazida, diafragmaning yuqori turishida kuzatiladi.

Nafas siqilishi bu asosan kichik kalibirli bronxlarning qisilishi (spazmi) natijasida yuzaga kelib, bronxial astmaga yuzaga keladi va nafas chiqishi qiyinlashadi. Yurakning chap bo'lagi yetishmovchiligi asosan mitral stenozda o'pka to'qimasida shish kuzatilib, nafas olish qiyinlashadi. Pnevmtoraksda, o'pka arteriyasi emboliyasida, o'pka shishida va ovoz bog'laminin o'tkir shishida ham yuzaga keladi

Tana haroratini ko'tarilishi o'pkaning turli kasalliklarida kuzatiladi. Masalan, o'pkaning krupoz yallig'lanishlarida harorat 39-40⁰ C gacha, plevritda va bronxopnevmoniyada haroratning sekin – asta ko'tarilishi kuzatiladi.

O'pkaning yiringli kasalliklarida, (abtsess, gangrena, bronxoektaz) shuningdek, yiringli plevritda qaltirash, ko'p ter ajralishi, asosan ertalab va kechqurun haroratni katta tebranishda ko'tarilishi qaytalama xarakterga ega bo'ladi.

Sil kasalligida tana harorati har xil bo'ladi - subfebril, qo'zish davrida 38⁰ C gacha va undan yuqoriga ko'tariladi, og'ir hollarda tana harorati gektik xarakterga ega bo'ladi.

Anamnez morbi-bunda kasallikning boshlanishi (o'tkir yoki surunkali), qaysi vaqtda va qayerda boshlandi, qancha davom etdi, qanday kechayapti, qaysi vaqtda kuchayadi va sekinlashadi shular haqida ma'lumot to'planadi. Kasallikning o'tkir boshlanishi krupoz pnevmoniyaga xos bo'lsa, plevrit sekinroq rivojlanadi va tuberkulyoz va o'pkaning yomon sifatli o'smalari uzoq vaqt davomida yuzaga keladi. Kasallikning epidemiologic holati ham ahamiyatga ega, misol uchun gripp sezoni. Bemorlar bilan muloqotda bo'lgan-bo'lmaganligi-tuberkulyoz bilan. Kasallikning kechishi ham ahamiyatli, oldin davolanganligi va uni samaradorligini aniqlash ham muhim.

Anamnez vitae kasallikni rivojlanishi uchun ba'zi bir omillar muhim ahamiyatga ega. Uning ish va uyidagi sharoiti, nam, sovuq ish o'rni, ovqatlanish tartibi, rejimi, ish o'rnida ventilyatsiya va isitgichlar bor yo'qligi, zararli omillarning bor yo'qligi (chang, kislota, ishqor, toksik moddalar, radiatsiya, ionlovchi nurlar, og'ir metallar tuzlari), infeksiyon (yuqumli) kasalliklar bilan muloqotda bo'lganligi muhim ahamiyatga egadir. Bemorlar o'tkazgan kasalliklari va ularni kechishi haqida ham ma'lumot to'plash ahamiyatli.

Nafas tizimi kasalliklarida bemorni umumiy ko'zdan kechirish.

Umumiy ko'zdan kechirishda xona havosi iliq va yetarli darajada yorug'lik bo'lishi lozim, bemorning umumiy ahvoli (og'ir, o'rtacha, qoniqarli), es hushiga (aniq, xiralashgan, es hushi o'zida emas) va holati (faol, nafaol, yotoq rejim) baho beriladi. Teri qoplamlari tsianotik, oqargan, giperemiyalangan, haroratli va toshmali bo'lishi mumkin.

Tsianoz shilliq qavatlarida va yuz teri qoplamlarida bir qator kasalliklarda uchraydi (o'pka yallig'lanishi, o'pka emfizemasi, pnevmoskleroz, o'pka sili va yiringlashi va b.q.). Shuningdek, o'pka-yurak yetishmovchiligi belgilari bo'lgan bemorlarda kuzatiladi.

Xususan, yaqqol ifodalangan yuz tsianozi birlamchi va o'pka arteriyasi ikkilamchi sklerozida uchraydi.

O'tkir ifodalanuvchi tsianoz o'pka arteriyasi emboliyasida, pnevmotoraksda kuzatiladi.

Sanab o'tilgan kasalliklarda tsianozning uchrashi, asosan, o'pkada gaz almashinuvi buzilishi natijasida yuzaga keladi. Buning oqibatida o'pkada qonni O₂ ga to'yinishi yetarli darajada bo'lmaydi. Eksudativ plevrit xastaligiga chalingan bemorlar oqimtir rangda bo'ladi. Xususan, teri rangining keskin oqarishi o'pkadan ko'p qon ketishida kuzatiladi.

O'pkani krupoz yallig'lanishida yuz qiyofasida giperemiya holatlari bilan tsianoz birgalikda uchraydi va shoxpardaning biroz sarg'ayishi, lab shilliq qavatlarida, burun atrofi teri qatlami, oz miqdorda yelka va ko'krakning orqa qismida uchuqli (gerpetik) toshmalar kuzatiladi.

Bemorlarda ko'krak qafasini nafas olish aktida ishtiroki yoki ishtirok etmasligi diagnostik ahamiyatga ega. Ko'krak qafasiga e'tibor berilsa, ayniqsa krupoz pnevmoniya va quruq plevritda shikastlangan tomon nafas olish aktida orqada qoladi. Eksudativ plevrit va gemotoraks, piotoraks hamda pnevmotoraksda shikastlangan tomonda ko'krak qafasi kattalashadi. Eksudativ plevritda ko'krak qafasi mushaklari nafas olish vaqtida tashqariga va nafas chiqarish fazasida o'z o'rniga qaytadi. Nafas yetishmovchiligida nafas olish aktida yordamchi mushaklarni ishtirok etishi ko'zga tashlanadi. Bronxial astma va o'pka emfizemasida o'pkada qoldiq havo hajmi ortishi munosabati bilan ko'krak qafasini bochkasimon shaklga aylanishini ko'rishimiz mumkin.

Boyin, o'mrov osti va qo'ltiq osti limfa tugunlarining holati, katta kichikligi ham nafas tizimi a'zolari kasalliklarini aniqlashda muhim rol o'ynaydi, ular kattalashadi, qizaradi.

Nafas tizimi xastaliklarida bemorlar holati ham muhim ahamiyatga ega. Bazen bemorlar majburiy (ortopnoe) holatni egallaydi. Eksudatli plevritda, bronxoektazda va pnevmoniyada bemorlar kasallangan tomonni bosib yotadi, ya'ni majburiy holatni egallaydi. Bronxial astma xuruji paytida yarim o'tirgan yoki o'tirgan holatni egallaydi, bunda qo'llari bilan to'shakka yoki tizzasiga tayanib o'tiradilar va bu, qo'shimcha nafas mushaklarini ishga solib qiyinlashgan nafasni biroz yengillashtiradi. Umurtqaning yon tomoniga qiyshayishi skolioz deyiladi va u o'quvchilarda gavdaning yuqori qismini noto'g'ri tutishi oqibatida rivojlanishi mumkin.

Umurtqaning orqaga qiyshayishi (kifoz) ba'zida skolioz bilan birgalikda uchraydi. Bunday holat kifoskolioz deb nomlanadi. Ko'krak qafasining bu shakli o'pka va ko'ks a'zolarining vaziyatini o'zgarishiga va shu bilan nafas va qon aylanishining faoliyati buzilishiga olib keladi.

Umurtqaning oldinga qiyshayishi lordoz deyiladi. Ko'krak qafasining shaklini aniqlagandan tashqari diqqatni ko'krak qafasining bir tomonlama bo'rtib chiqishiga yoki aksincha botib ketishiga, chuqur nafas olganda orqada qolishiga qaratiladi, bu ma'lum diagnostik ahamiyat kasb etadi. Ko'krak qafasining yarim tomoni o'lchamining kattalashishi plevra bo'shlig'ida havo yoki suyuqlik to'planganda, eksudatli plevritda, pnevmotoraksda, piopnevmotoraksda, gemotoraksda, gidrotoraksda kuzatiladi.

Qovurg'alararo oraliqlar bunda kengayadi yoki silliqlashadi. Bunda chuqur nafas olganda ko'krak qafasining zararlangan tomoni nafas aktida sog'lom tomonga nisbatan orqaga qoladi.

Ko'krak qafasining botib ketishi o'pkaning bujmayishi jarayonlarida, biriktiruvchi to'qimaning o'sishi natijasida (o'pka sili, pnevmoskleroz va boshqa kasalliklarda) ortirilgan eksudativ plevrit oqibatida plevral bitishmalarining hosil bo'lishida, ayniqsa, yiringli plevritda va nihoyat, obturatsion atelektazda, ayniqsa, bronxogen o'smasi tufayli hosil bo'lgan holatlarda kuzatiladi. Bunda ko'krak qafasi botib ketadi, qovurg'alararo oraliq tor bo'lib qoladi. Umurtqa kasallangan tomonga qarab qiyshayadi. Chuqur nafas olganda kasallangan tomon sog'lom tomonga nisbatan nafas aktida keskin orqada qoladi. Ko'krak qafasini tekshirishda nafas tipiga, soniga, chuqurligiga va ritmiga ahamiyat berish kerak.

Nafas olishni ko'krak, qorin, aralash tiplari tafovut qilinadi:

Agarda nafas akti harakatlari, asosan, qovurg'alararo mushaklarning qisqarishi hisobiga bajarilsa ko'krak yoki qovurg'a nafas tipi deyiladi. Bu nafas tipi, asosan, ayollarda uchraydi. Buni erkaklarda (normada qorin tipida) paydo bo'lishi, diafragma faoliyatining cheklanganligidan dalolat beradi. Ayollarda qorin yoki diafragmal tipdagi nafas o'pka to'qimasi zararlanganidan yoki plevrada bitishmalar jarayoni rivojlangandan darak beradi.

Aralash tipdagi nafas turida ko'krak qafasining pastki qismi va qorinning yuqori qismi ishtirok etadi. Bu qari yoshdagi kishilarda, shuningdek, ko'krak qafasining taranglashishida va o'pka to'qimasi elastikligining oshishi (o'pka em-fizemasi, pnevmoskleroz) da kuzatiladi.

Nafas soni. Normada nafas harakatlari soni 1 daqiqada 16-20 martani tashkil qiladi. Uning sonini bemorga sezdirmasdan sanaladi va bemorni gapirib chalg'itib turiladi. Bunda bemorning qo'lidan pulsni aniqlashdagi kabi qo'llar epigastral sohaga qo'yiladi. Bunda qo'lning ko'tarilib tushishi nafas harakatlaridan dalolat berib, nafas olish soni 1 daqiqa davomida aniqlanadi. Nafas soni tezlashgan (taxipnoe) yoki sekinlashgan (bradipnoe) bo'lishi mumkin. Meyorda nafas olish soni, yurak urish soniga nisbati 1: 4 ga tengdir. Misol 16 marta nafas olish soni bo'lsa, 64 marta yurak urish tezligi bo'ladi.

Nafas olishning tezlashishi (taxipnoe). Nafas olishning tezlashishi sog'lom kishilarda jismoniy zo'riqishdan keyin asabiy qo'zg'alishlarda odatda qisqa muddatda kuzatiladi. Nafas olishning patologik tezlashishi isitmali holatlarda va o'pkaning har xil kasalliklari (o'pka yallig'lanishi, o'pka sili, turli xil o'smalar, o'pka emfizemasi va boshqalar) da kuzatiladi. Bu holatlarda o'pkada gaz almashinuvining buzilishi va qonda karbonatlarning to'planishi oqibatida nafas markazining qo'zg'alishi bilan yuzaga keladi.

Plevraning zararlanishi (eksudatli plevrit, gemotoraks, pnevmotoraks) kasalliklari ham nafas olishning tezlashishi bilan kechadi, bunda o'pkaning qisilishi oqibatida nafas yuzasining kamayishiga olib keladi. Nafasning tez-tez yoki yuzaki bo'lishi miozitlarda, quruq plevritda, qovurg'alar shikastlanishida, nevrалgiyada bo'ladi.

Nafas olishning sekinlashuvi (bradipnoe) asosan nafas markazi faoliyatining pasayishida kuzatiladi. Bu miya o'smalarida, miyaga qon quyilishida, meningitda, og'ir yuqumli kasalliklarda, uremiyada va boshqa xastaliklarda uchrashi mumkin.

Nafas olish ritmining buzilishi ham kuzatilishi mumkin, bu asosan miyada qon aylanishini buzilishi natijasida yuzaga keladi. To'rt xil davriy nafas tafovut qilinadi;

Cheyn Stoks nafasi-nafas 0 dan yani shovqinsis nafas paydo bo'lib sekin asta kuchayib boradi va shovqinli nafas olib maksimal chuqur nafasga yetgandan so'ng yana susayib boradi va ma'lum muddat nafas

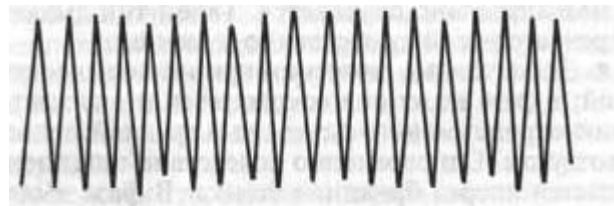
yo'qoladi, pauza (apnoe) bo'ladi.

Shu holat takrorlanaveradi. Bu turdagi nafas miyani og'ir zaharlanishida, miyada qon aylanishi buzilishida kuzatiladi.

Biot nafasi-bunda bir xilda ritmik va chuqur nafas olaveradi va bir muddat nafas olishdan to'xtaydi, nafas harakatlari orasida pauza bo'ladi va yana nafas oladi, shu holat takrorlanaveradi. Bunday turdagi nafas asosan meningitda, juda ko'p miqdorda spirtli ichimlik istemol qilib miyada qon aylanishi buzilganda

kuzatiladi.

Kusmaul nafasi-bunda to'xtamay chuqur-chuqur nafas olaveradi (agonal nafas).



Grokk nafasi-nafas susaygan halatdan sekin asta kuchayib boradi va yana susayib boradi, shovqinsiz

nafas, va yana kuchayib boradi, shu holat takrorlanaveradi.

Surunkali yiringli kasalliklarda (bronxoektaz, surunkali o'pka abtsessi) da xos belgilardan «nog'ora tayoqcha shaklidagi barmoqlar» bo'lib, bunda qo'l va oyoq barmoqlarining uchki qismining o'lchami kattalashadi. Bunda tirnoqlar yuzasi qavariq shaklda bo'ladi va «soat oynasi» ko'rinishida bo'ladi.

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirish.

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirib uning formasi, nafas aktida ikkala ko'krak qafasining simmetrik ishtirok etishiga va nafas tipiga e'tibor qaratiladi.



Ko'krak qafasining formasi. Konstitutsional tiplarga mos holda ko'krak qafasining 3 xil shakli tafovut qilinadi. **Normostenik, astenik, giperstenik.**

Normostenik ko'krak qafasi. Bunda ko'krak qafasi yaxshi rivojlangan bo'lib o'zida ko'krakning old, orqa va ko'ndalang o'lchamlari proportsional bo'ladi. O'mrov osti va usti bo'shliqlari unchalik shakllanmagan bo'ladi. Epigastral burchak to'g'ri bo'lib, 90 gradusni tashkil qiladi.

Astenik turdagi ko'krak qafasi. Bunda ko'krak qafasini old-orqa o'lchami ko'ndalang o'lchamiga nisbatan kamaygan bo'ladi va shuning uchun yassi ko'rinishda bo'ladi. O'mrov osti va usti bo'shliqlari botgan bo'ladi. Kuraklar ko'krakdan ko'tarilgan bo'ladi. X qovurg'aning cheti erkin, palpatsiyada yengil aniqlanadi. Epigastral burchak 90⁰ dan kichik bo'ladi.

Giperstenik turdagi ko'krak qafasi. Old orqa o'lchami ko'ndalang o'lchamiga nisbatan katta bo'ladi. Shuning uchun ko'krakning ko'ndalang kesimi aylanaga yaqin bo'ladi. Qovurg'alararo oraliq tor, o'mrov usti va osti bo'shlig'i kuchsiz ifodalangan bo'ladi. Epigastral burchak 90⁰ dan katta bo'ladi.

Ko'krak qafasining patologik formasi ko'krak bo'shlig'i a'zolarining har xil patologiyalarida yoki skeletning deformatsiyasida rivojlanadi. Emfizematoz ko'krak qafasi uning ko'ndalang va old orqa o'lchamlarining kengayishi bilan xarakterlanadi. U bochkasimon shaklni egallaydi, qovurg'alar gorizontal joylashadi. Qovurg'alararo oraliq kengayadi. O'mrov osti va usti chuqurliklari silliqlashadi. Bo'yin kalta, epigastral burchak o'tmas, ko'krak qafasining bunday shakli o'pkaning uzoq muddat chuqur nafas olib turgandek holat kuzatiladi.

Bunday holat o'pka emfizemasida yoki bronxial astmaning og'ir xurujlari shu bilan birga alveolalarda havoning ko'p to'planishida kuzatiladi.

Paralitik ko'krak qafasi. Emfizematoz ko'krak qafasiga teskari xususiyatlarga ega bo'ladi. U uzaygan, cho'zinchoq va old-orqa o'lcham ko'ndalang o'lchamiga nisbatan kichik bo'ladi. O'mrovlar keskin shakllangan, o'mrov usti va osti bo'shliqlari cho'kkan bo'ladi. Qovurg'alar qiya pastga yo'nalgan bo'ladi. Epigastral burchak o'tkir bo'ladi. Ko'krak qafasining bunday xususiyati sil kasalligiga chalingan, o'pkaning yoki plevraning surunkali kasalliklari bilan xastalangan bemorlarda uchraydi. Yuqorida keltirilgan kasalliklar biriktiruvchi to'qimaning o'sishiga va uning bujmayishiga, plevral bitishmalarining rivojlanishiga sabab bo'lib, ko'krak qafasi shaklining o'zgarishiga olib keladi. Bunga boshqa sabablar skelet rivojlanishining tug'ma anomaliyalari, bolalikda orttirilgan raxit tufayli yoki surunkali kasalliklar tufayli umurtqaning o'zgarishlari kiradi.

Voronkasimon ko'krak qafasi - to'shning pastki qismining voronkasimon chuqurlashishidek ko'rinishga ega bo'ladi. Bu to'shning tug'ma anomal rivojlanishi bilan bog'lanadi. Ayrim hollarda bolalikda bu sohaga uzoq muddatda doimiy ko'rsatiladigan bosim tufayli hosil bo'ladi. Shuning uchun uning paydo bo'lishida kasbga oid omillar bilan bog'liq holda erta yoshda boshlanadi. Raxitik ko'krak qafasi to'shning oldinga chiqishi bilan xarakterlanadi. «Tovuq ko'kragi» nomini olish bilan bir vaqtda bolalikda orttirilgan raxit bilan qovurg'alar birikadigan qismining qalinlashuvi «raxitik ko'rinish» nomini oladi.

Qayiqsimon ko'krak qafasi va uning tuzilishi. To'shning yuqori qismining qayiqsimon bosilganligi sababli kuzatiladi. Buning hosil bo'lishi orqa miya kasalliklari (seringomieliya) bilan bog'liq bo'ladi. Ko'krak qafasining shakliga umurtqa pag'onasining qiyshayishi ta'sir qilishi mumkin. Umurtqaning tomonlarga qiyshayishi skaliroz deb nomlanadi, u o'quvchilarda gavdaning yuqori qismini noto'g'ri tutganligi tufayli kelib chiqadi.

Nafasning sekinlashishi halqumning shilliq qavatlarini shishida va qisilishida traxeyani o'sma tufayli bosilishi tufayli yuzaga keladi. Bunday hollarda havo o'tishining qiyinlashuvi natijasida nafas shovqinli bo'ladi. Bu stridoroz nafas deyiladi. Ayrim xastaliklarda (diabetik koma) nafas soni siyrak bir oz chuqurlashgan bo'ladi. Bunday nafas Kussmaul nafasi deyiladi. Bu koma holatidagi bemorlarda atsidozning rivojlanishi nafas markazining qo'zg'alishiga bog'liq.

Ko'krak qafasini paypaslash texnikasi. (palpatsio)

O'pkada palpatsiya o'tkazilganda quyidagilarni aniqlash mumkin:

- I. Ko'krak qafasi mushaklari holati, elastikligini, rivojlanganligi.
- II. Ko'krak qafasidagi og'riq lokalizatsiyasini aniqlash. Masalan: kostoxondritda. qovurg'a sinishlarida, o'pka abtsesida va h.k.
- III. Ko'krak qafasini rezistentligi va elastikligini baholash.
- IV. Ovoz drillashi (titrashini) aniqlash (fremitus vocalis s. pectoralis)

Ko'krak qafasini paypaslash usulini bajarishda miozidlarda, qovurg'alararo nevrogiyalarda, qovurg'alar yorilishi va sinishi, og'riqni lokalizatsiyasini aniqlashda, og'riq rezistentligini aniqlash muhim, ba'zida o'pka emfizemasida, quruq plevritda plevra varag'ining ishqalanishi aniqlanadi. Ko'krak qafasida ovoz drillashining o'tkazilishi tekshiriladi.

Ovoz drillashi aniqlash (fremitus pectoralis) ko'krak qafasining simmetrik sohalariga qo'l kaftini qo'yib aniqlanadi, bunda bemordan «R» harfi bor so'zlarni (traktor, karra, arra) talafuz qilish so'raladi. Tovush bog'lamlarining tebranishi traxeya, bronxlarning devori orqali ko'krak qafasiga uzatiladi.

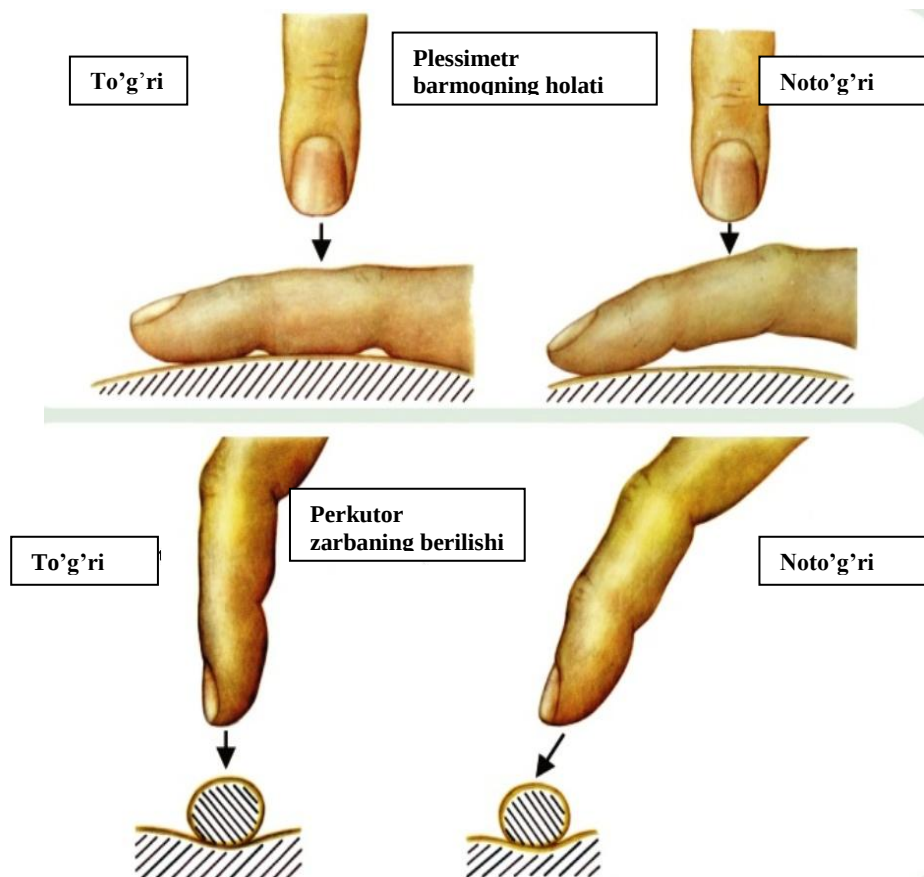


Ovoz drillashi ko'krak qafasi simmetrik sohalariga qo'l kaftlarini parallel qo'yib tekshiriladi. Qo'l kaftlari badanga bir xilda tegib turishi kerak. Normada ovoz drillashi ko'krak qafasi orqali ikkala tomonda bir xil kuchsiz o'tkaziladi. O'pka yoki plevrada patologik jarayonlar rivojlanganda ovoz drillashi kuchayishi, susayishi, yo'qolishi mumkin. Tovush titrashining bir tomonlama susayishi plevra bo'shlig'ida suyuqlik yoki havo to'lishi (eksudativ plevrit, gidrotoraks, gemotoraks, pnevmotoraks, piopnevmotoraks) oqibatida paydo bo'ladi. Shuningdek ovoz drillashining pasayishi obturatsion atelektazda, bronxni o'sma bilan berkilib qolishida (o'pkani bronxogen o'smasi) da yoki bronx yo'liga yot jism tushganda kuzatiladi. Tovush titrashining ikkala tomonda patologik pasayishi o'pka emfizemasida, holsiz bemorlarda va fiziologik susayishi ko'krak qafasini qalinlashishida ya'ni yog' bosishida, ko'krak qafasini shishida va shunga o'xshash xastaliklarda kuzatiladi.

Ovoz drillashining kuchayishi patologiyada o'pka to'qimasi zichlashganda, tovushning yaxshi o'tkazilishi buzilishlari (o'pka yallig'lanishida, o'pka infarktida, silda, kompression atelektazda) yoki o'pkada bo'shliq (o'pka abtsessi, katta bronxoektaz) lar oqibatida yuzaga kelishi kuzatiladi. Bo'shliq atrofida reaktiv yallig'lanish jarayoni o'pka to'qimasini zichlashishiga olib kelishi oqibatida, bo'shliqning o'zi rezonans qonuniga ko'ra ovoz drillashi yaxshi o'tkazilishi uchun sharoit yaratadi. Fiziologik holatlarda teri osti yog' qatlami yaxshi rivojlanmagan kishilarda (oruqlagan kishilarda) ovoz drillashi kuchli eshitiladi. Quruq plevritda bevosita qo'l orqali plevraning ishqalanish shovqinini, teri osti emfizemasi g'irchillashini sezish mumkin.

Ko'krak qafasini to'qillatib ko'rish (percussio).

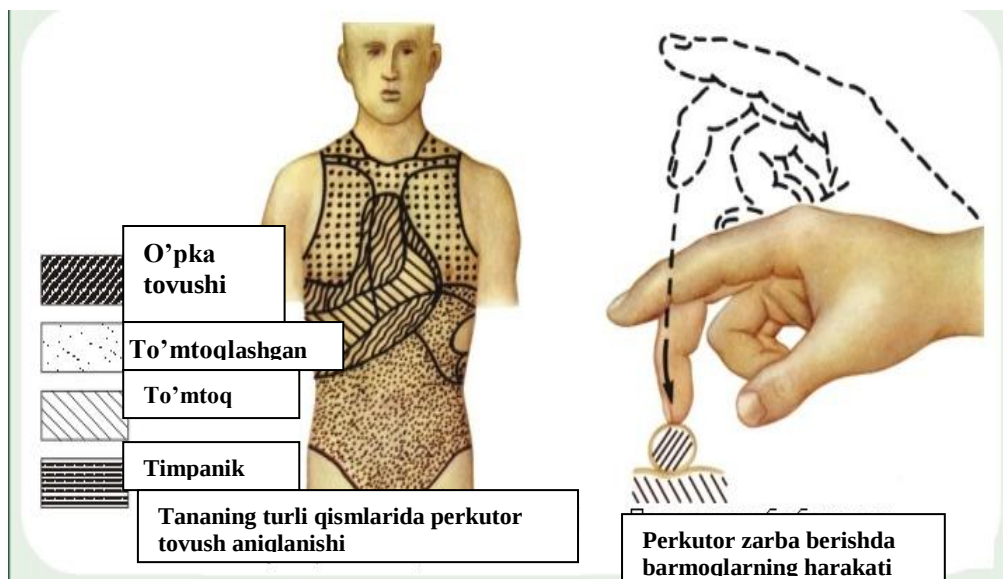
Ko'krak qafasini perkussiya qilishni o'rganishdan oldin bu usulning umumiy qoidalarini bilish lozim bo'ladi.



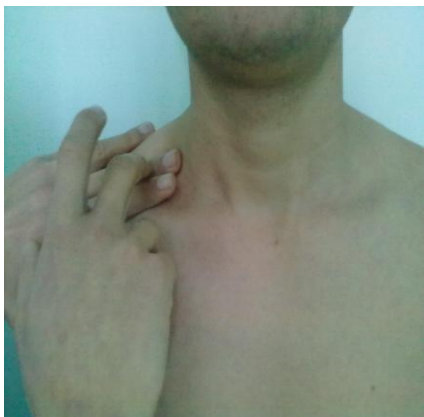
Perkussiya (to'qillatib ko'rish) tartibi

O'pka perkussiyasi (percussion).

Qiyosiy va topografik perkussiya turlaridan foydalaniladi. Qiyosiy perkussiya qo'sh organlarni simmetrik sohalarini qiyoslash yo'li bilan o'pka va plevra bo'shlig'idagi o'zgarishlarni aniqlashga imkon yaratadi. Topografik perkussiya esa o'pkani chegaralarini va o'pka qirralarini ekskursiyasini aniqlashga imkon yaratadi. O'pkaning qiyosiy perkussiyasi ma'lum tartibda amalga oshiriladi. Ko'krak qafasining simmetrik sohalariga bir xil kuch bilan perkutor zarb beriladi. Odatda perkutor zarb o'rtacha kuch bilan berilishi lozim, bunda simmetrik sohalarida perkutor aniq o'pka tovushi eshitiladi.



Topografik perkussiya o'pkaning yuqori va pastki chegaralarini aniqlash uchun va pastga o'pka ekskursiyasini (nafas olishda va chiqarishda) aniqlanadi.



a)



b)

- a) o'pkaning yuqori chegarasini aniqlash texnikasi old tomondan;
b) o'pkaning yuqori chegarasini aniqlash texnikasi orqa tomondan;

Quyidagi jadvalda normostenik tipdagi ko'krak kafasida o'pkalarni pastki chegarasini joylashgan o'rni keltirilgan:

№	Ko'krak qafasidagi topografik liniyalar	O'ng o'pka	Chap o'pka
1.	l. parasternalis	V – qovurg'a oralig'i	-
2.	l. medioclavicularis	VI – qovurg'a	-
3.	l. axillaris anterior	VII – qovurg'a	VII – qovurg'a
4.	l. axillaris media	VIII – qovurg'a	VIII – qovurg'a
5.	l. axillaris posterior	IX – qovurg'a	IX – qovurg'a
6.	l. scapularis	X – qovurg'a	X – qovurg'a
7.	l. paravertebralis	XI – Th o'tkir o'sig'i	XI – Th o'tkir o'sig'i

Izoh: giperstenik ko'krak qafasida o'pkalarni pastki chegarasi normosteniklarga nisbatan bir qovurg'a yuqori joylashadi, astenik tana tuzilishida esa bir qovurg'a pastda joylashadi.

Diagnostic ahamiyati. O'pkalar pastki chegarasini joylashgan o'rni faqat o'pka kasalliklarida emas, balki qorin bo'shlig'i organlari kasalliklarida ham o'zgaradi. Masalan: **o'pkalarni pastki chegarasini bir tomondan pastga tushishi** vikar (kompensator) emfizemada kuzatiladi. O'pkalarni pastki qirrasini yuqoriga siljishi pnevmosklerozda, plevritda, pastki bo'lak bronxi to'liq berkilganda, jigar yoki taloq keskin kattalashgan (leykoz, astsit) da kuzatiladi.

Ikki tomonlama o'pkaning pastki chegarasi pastga siljishi bronxial astmada, o'pkaning surunkali emfizemasida, qorin mushaklari tonusi pasayishida, qorin a'zolari pastga tushishida (splanxnoptoz) kuzatiladi. Bir tomonlama pastga siljishi qachonki bir o'pka nafas aktiga ishtirok etmasa ikkinchi o'pka kattalashadi va vicar emfizema yuzaga keladi (eksdativ plevrit, gidrotoraks, pnevmotoraks), diafragmaning bir tomonlama paralichida kuzatiladi.

O'pkaning pastki chegarasini yuqoriga siljishi bir tomonlama – bir o'pkaning bujmayishida biriktiruvchi to'qima o'sganda, opka fibrozi, pnevmosklerozda, pastki bronxni yot moddalar va o'smalar bilan berkilib qolishi ya'ni o'pka atelektazida, plevra bo'shlig'ida havo yoki suyuqlik to'planishida, jigarning exinokokki, raki, sarkomasi tufayli kattalashishi natijasida, surunkali mieloleykoz tufayli taloqning kattalashishi tufayli yuzaga keladi. Ikki tomonlama yuqoriga siljishi jigar tsirrozi, buyrak, yurak etishmavchiligi tufayli qorinda suyuqlik yig'lganda yoki meda va 12 barmoqli ichak yarasi perforatsiyasi tufayli qorinda havo to'plansa yuzaga keladi, meteorizmida ham kuzatilishi mumkin.

O'pkaning cho'qqisi ya'ni Krenig maydoni old va orqa tomondan aniqlanadi. Old tomondan aniqlash uchun barmoq plessimetr o'mrov suyagi o'rtasiga parallel qo'yiladi va yuqori ichkariga qarab perkussiya qilinadi, bo'g'iq tovush eshitilgancha (normada 3-4 sm). Orqa tomondan kurrak o'simtasidan perkussiya qilib VII bo'yin umurtqasi o'simtasiga qarab boriladi toki bo'g'iq tovush eshitilganigacha va sm.li lenta bilan o'lchanadi. **Yuqoridagi rasmga etibor bering.**

O'pkaning harakatchanligini (ekskursuyasini) aniqlash. Bunda o'pkaning pastki chegarasi fiziologik nafas chiqarishda aniqlanib belgilanadi va bemorga chuqur nafas olish buyuriladi va perkussiya qilib pastga tushadi toki o'pka tovushi tugaguncha va belgilanadi (1-1,5 sm), keyin bemorga chuqur nafas chiqarish buyuriladi xuddi shunday nafas chiqarganda ham belgilanadi va smli lenta bilan pastki hamda yuqorigi belgi o'lchanadi.

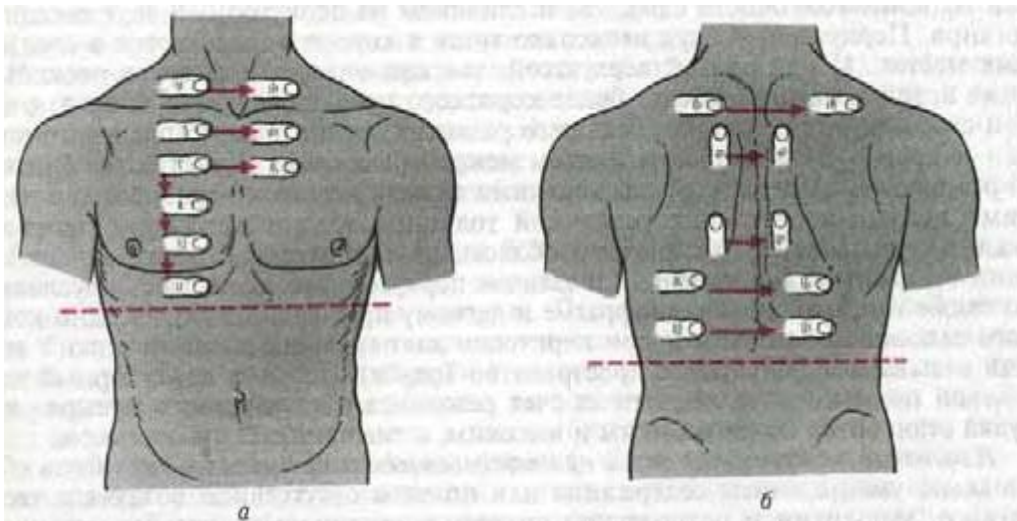
O'pka ekskursuyasi normada

Topografik liniya	O'ng o'pka			Chap o'pka		
	Nafas olishda	Nafas chiqarishda	Yig'indisi	Nafas olishda	Nafas chiqarishda	Yig'indisi
Linea medioclavicularis	2-3	2-3	4-6			
Linea axilaris	3-4	3-4	6-8	3-4	3-4	6-8
Linea skapularis	2-3	2-3	4-6	2-3	2-3	4-6

O'pka ekskursuyasining kamayishi yallig'lanishdan keying infiltratda, o'pkada qon dimlanishida (yurak chap bo'lmachasi, qorinchasi etishmovchiligida, yurak astmasida), o'pka to'qimasi elastikligi pasayishi (emfizema) da, plevral bo'shliqda suyuqlik to'planishida, plevral varaqaning bitishib bir-biriga osib ketishida yuzaga keladi. Fiziologik holatlarda vertical holatdan gorizontol holatga o'tganda o'pkaning pastki chegarasi ko'proq pastga siljiydi yoki chap biqingami, o'ng biqingami yotsa teskari tomon ko'proq pastga siljiydi.

O'pkaning qiyosiy perkussiyasi

Qiyosiy perkussiya o'pkaning biron bir bo'lagida patologik o'zgarishni aniqlash uchun, har ikkala o'pkaning simmetrik sohalarini taqqoslab ko'rib o'rganiladi va bir o'pkada aniqlanadigan bo'lsa o'pkaning yuqorisi hamda pastki sohalarida, tosh oldi sohasi hamda o'pkaning tashqari qismlarida bajariladi. O'pkaning yuqori qismi bilan pastki qismida bir xil perkutor tovush bo'lmaydi, to'sh oldi sohasi bilan o'pkaning tashqari qismida perkutor tovushlar har xil bo'ladi. Hosil bo'lgan perkutor tovushni ko'krak qafasining simmetrik sohalarida bo'lgan perkutor tovush bilan taqqoslanadi. Bunga nafaqat ko'krak qafasining simmetrik sohalarini taqqoslash, balki perkutor tovushning patologik o'zgarishi haqida ma'lumot to'planadi. Perkutor tovush orasidagi farqlarni aniqlashda dastlab tiniq o'pka tovushi, keyin esa o'zgargan perkutor tovush aniqlanadi. Shuning uchun avval ko'krak qafasining sog' qismida, keyin esa patologik o'zgargan qismi perkussiya qilinadi. Perkutor zarb qanchalik kuchli bo'lsa, uning tarqalishi shuncha kuchli bo'ladi, lekin hamma vaqt qiyosiy perkussiyada ko'krak qafasining qalinligi hisobga olib, perkutor zarblar shunga mos berilishi kerak. Perkutor zarblar ko'pi bilan 6 – 7 sm. chuqurlikdan ichkariga tarqalmaydi. Perkutor zarb ta'siridagi tebranishlar o'pka parenximasining chuqur va yon sohalariga tarqaladi. Shuning uchun bu perkussiya usulida nafaqat barmoq plessimetr ostidagi tovush tebranishi, balki yon atroflardagi tovush tebranishlari ham aniqlanadi. Mazkur soha perkutor sferasi deb ataladi. Qiyosiy perkussiya quyidagi tartibda amalga oshiriladi: Old tomondan plessimetr barmoq o'mrov usti chuqurchasiga o'mrov suyagiga parallel qilib, zich qo'yiladi va o'rtacha kuchdagi perkutor zarb beriladi. Analogik tarzda chap o'mrov usti sohasida bajariladi.



Qiyosiy perkussiya o'tkazish texnikasi

a) Qiyosiy perkussiya o'tkazish old tomondan;

b) Qiyosiy perkussiya o'tkazish orqa tomondan;

O'mrov suyagi ustiga o'ng va chapdan perkutor zarba bevosita beriladi, (chunki o'mrov suyagi plessimetr vazifasini bajaradi).

O'mrov osti chuqurchasida o'ng va chapdan, III-qovurg'alar orasida o'ng va chap o'pka taqqoslab perkussiya qilinadi.

Orqa tomondan:

Kurak usti sohalariga o'ng va chapdan to'qillatib ko'riladi va plessimetr barmoq qovug'ralarga parallel qo'yiladi.

Kuraklararo soha o'ng va chapdan o'zaro taqqoslanadi va plessimetr barmoq qovurg'alariga perpendikulyar qo'yiladi.

Kuraklar osti sohasi o'ng va chapdan qiyoslanadi plessimetr barmoq qovurg'alariga parallel qo'yiladi.

Qiyosiy perkussiyani qo'llashda har xil chuqurlikda joylashgan patologik joylarni aniqlash uchun bir xil ravishda bir xil kuch bilan perkutor zarblar beriladi, avval juda past kuchdagi perkussiyadan foydalanib, yuzaki o'choqlar aniqlanadi, keyin esa o'rtacha va yuqori zarbli perkussiyadan foydalanib, chuqur joylashgan o'choqlar aniqlanadi. Sog'lom kishilarda qiyosiy perkussiya o'pkaning simmetrik sohalarida bir xildagi tiniq o'pka tovushini beradi. Lekin tana tuzilishiga qarab, teri osti yog' qatlami taraqqiy etganligi darajasiga ko'ra o'pkaning simmetrik joylarida perkutor tovush bir xil bo'lmasligi ham mumkin. Qisqa va past perkutor tovush quyidagi sohalarida aniqlanadi (normada). 1. O'ng o'pka cho'qqisida, chunki chap o'pkaga nisbatan biroz past joylashgan va bronxi kaltaligi uchun. 2. Chapdan II-III qovurg'a oralig'iga, chunki yurak joylashgan. 3. O'pkaning yuqori bo'lagiga, pastki bo'lagiga nisbatan, chunki alveolalar ko'p va havo ko'p saqlaydi. 4. O'ng qo'ltiq ostida chapga nisbatan, jigar joylashganligi uchun. 5. Chap qo'ltiq ostida timpanik perkutor tovush eshitiladi, sababi diafragma va o'pkaga medaning havo shari yaqin joylashgan.

O'pkani auskultatsiyasi. Auskultatsiya texnikasi va qoidalari. O'pka auskultatsiyasi: asosiy nafas shovqinlari (vezikulyar, bronxial), qo'shimcha nafas shovqinlari. Qo'shimcha nafas shovqinlari (quruq va nam xirillashlar, krepitatsiya va plevra ishqalanish shovqini). Diagnostik ahamiyati. Bronxofoniya.

O'pkani auskultatsiya usulini 2 ta turi farqlanadi: bevosita (ko'krak qafasiga quloq qo'yib) va bilvosita (fonendoskop va stetoskop yordamida eshitish). Oxirgi usul gigienik jihatdan qulay bo'lib, kichik sohada paydo bo'luvchi nafas shovqinlarini ham aniqroq eshitish uchun qulay hisoblanadi. Auskultatsiya usulini 1816 yilda kashf qilingan va fanga 1819 yilda kiritilgan bo'lib, uni asoschisi frantsuz klinitsisti Rene Laennek (1781-1826) hisoblanadi. Laennekkacha bo'lgan davrga qadar Gippokrat zamonida ham bevosita quloqlar yordamida eshitish usuli qo'llanilgan.

Nafas a'zolarida auskultatsiya o'tkazilganda asosiy va qo'shimcha nafas shovqinlarini eshitish mumkin. Asosiy nafas shovqinlariga alveolyar, bronxial, bronxovezikulyar nafas tiplari kiradi. Qo'shimcha nafas shovqinlariga xirillashlar, krepitatsiya, plevraning ishqalanish shovqini, plevraperikardial shovqinlar kiradi.

Eshitish tartibi. Bemor bel qismiga qadar yechingan bo'lishi kerak.

Auskultatsiya bemorni o'tirgan, tik turgan yoki yotgan holatida o'tkaziladi. Auskultatsiya o'tkazadigan xona iliq va tinchbo'lishi kerak.

Fonendoskop va tibbiy xodim qo'llari iliq bo'lishi kerak.

Stetoskop yoki fonendoskop ko'krak qafasiga zich qo'yilishi kerak.

Stetoskop yoki fonendoskop bemorning kiyimlariga yoki teri qoplamidagi junlarga ishqalanmasligi kerak (qo'shimcha tovushlar hosil bo'lmasligi uchun).

Bemorni nafas xarakatlari bir tekisda va o'rtacha chuqurlikda bo'lishi kerak.

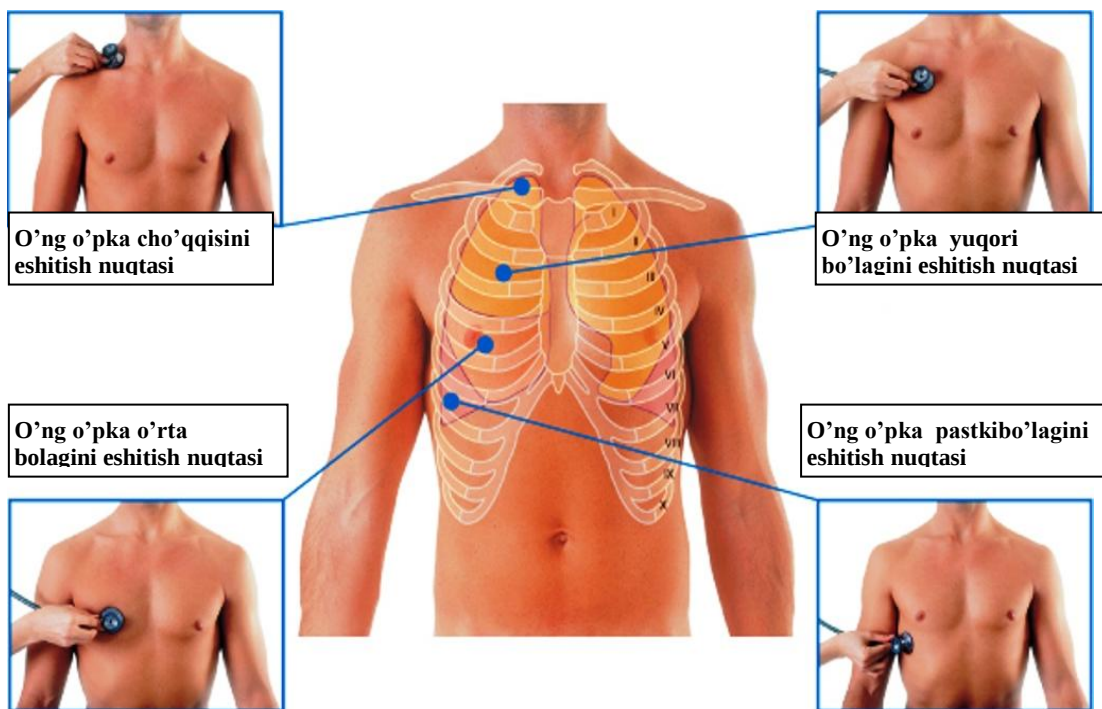
Bemor tik turganda vrach chap qo'li bilan bemorni yelkasidan tutib turishi kerak.

Auskultatsiya ko'krak kafasini simmetrik sohalarida o'tkazilishi kerak.

Yurak joylashgan sohada o'pkalar eshitilmaydi.

O'pkani eshitishni old tomondan, o'pkaning cho'qqisidan, tovushlar ikkala tomondan taqqoslanadi, keyin fonendoskopni pastki qismga qo'yiladi.

Keyinchalik qo'ltiq osti va kurak usti, osti, orasi sohaları qiyosiy auskultatsiya qilinadi.

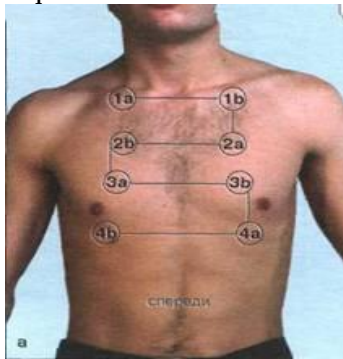


O'pkani old tomondan auskultatsiya qilish texnikasi

Nafas olganda hosil bo'ladigan tovushlarni eshitishda ularning xarakteriga, kuchiga, o'rniga, nafas fazasiga munosabatiga, ya'ni tovushlar nafas olish yoki chiqarish paytida eshitilishiga ahamiyat beriladi. Olingan ma'lumotlar katta amaliy ahamiyatga ega bo'lib hisoblanadi.

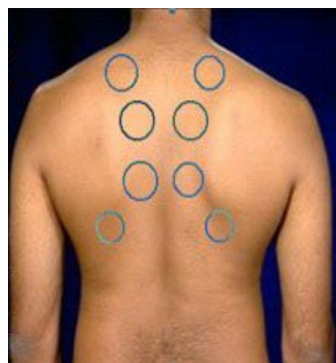
Ko'krak qafasini yon qismlarini eshitishda bemor qo'llarini boshning ensa qismiga qo'yadi. Ko'krakning orqa qismini eshitib ko'rishda bemor ozgina oldinga egilishi yoki qo'llarini ko'krak qafasiga qovushtirgan holatda qo'yadi. Dastlab burun bilan, keyin og'iz bilan nafas olish va chiqarish so'raladi.

Har bir eshitish nuqtasida 2-3 nafas harakati eshitiladi.



a)

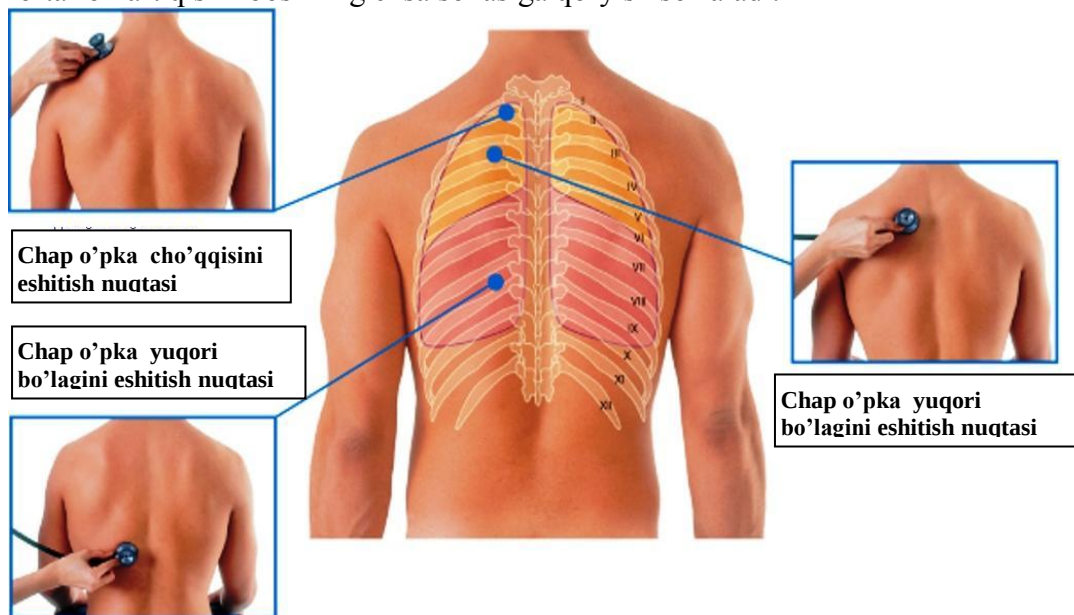
a) Old tomondan eshitish tartibi;



b)

b) Orqa tomondan eshitish tartibi;

Quyidagi ketma – ketliklarga rioya qilish zarur: ko'krak qafasining o'ng, chap qismidan boshlanib keyin old, yon, so'ngra orqa qismlari eshitiladi. Kuraklararo sohani eshitib ko'rishda eshitish yuzasini oshirish uchun bemordan qo'llarini ko'krak qafasiga chatishtirib, ko'krak qafasini kengroq ushlab turish so'raladi. Shunda kuraklar orasi ochilib, eshitilish sohasi kengayadi. Qo'ltiq osti sohalarini eshitib ko'rish uchun esa qo'llarni yuqoriga ko'tarib kaft qismi boshning ensa sohasiga qo'yish so'raladi.



O'pkani orqa tomondan auskultatsiya qilish texnikasi

Dastlab ko'krak qafasining o'ng va chap simmetrik sohalari eshitilib ko'riladi (qiyosiy auskultatsiya). Normada 2 xil nafas shovqini tafovut qilinadi: vezikulyar, bronxial. Bu shovqinlarni tembriga jarangliligiga va davomiyligiga e'tibor beriladi.

Eshitish paytida bemorni vaziyati xuddi perkutor tekshirish usuli holatidagidek bo'ladi. Agar og'ir ahvoldagi bemorlarni vaziyati o'zgarmaydigan bo'lsa, ularni yonbosh tomonga o'girib eshitiladi, agar buning imkoni bo'lmasa fonendoskopni bemorning tagiga quyib eshitiladi. Kamquvvat bemorlarni tik yoki o'tirgan vaziyatda eshitganda bosh aylanishi kuzatiladi. Talabaning vaziyati eshitib ko'rish uchun qulay bo'lishi lozim (bemorning vaziyatini hisobga olgan holda). O'pkadagi patologik jarayonlarni aniqlash uchun qiyosiy auskultatsiya usulini samarali o'tkazish lozim, ya'ni ko'krak qafasining simmetrik joylari eshitilib ko'riladi va aniq tartibdagi eshitish joylariga amal qilinadi.

Alveolyar nafas shovqini boshqacha vezikulyar nafas ham deb ataladi. Bu nafas shovqini asosan o'pka parenximasi ustida, alveolalar yaxshi taraqqiy qilgan sohalarda eshitiladi. Asosan nafas olish va chiqarishni boshlang'ich 1/3 qismida eshitiladi. Shovqinning tembri yumshoqroq, davomli bo'lib, «F» harfi talafuzini eslatadi.

Mexanizmi: alveolyar nafas, nafas olish fazasida alveola devorini va alveolalararo to'siqni tebranishi, shuningdek, o'pka to'qimasi elastikligining ishtiroki tufayli hosil bo'ladi. Alveolalar ketma – ket taranglashib boradi. Natijada nafas olishning barcha fazasini egallovchi va doimiy kuchayib boruvchi davomli, yumshoq nafas shovqin yuzaga keladi. Nafas chiqarish vaqtida alveola devori tarangligi tez pasayadi va tebranish qobiliyati kamayadi, shuning uchun nafas chiqarishni boshlang'ich bosqichidagina alveolyar nafas eshitiladi.

Normada alveolyar nafas ko'krak qafasining old qismi va qo'ltiq osti sohalarida yaxshi eshitiladi. O'pka cho'qqisi va qirralarida, ya'ni alveolalar kam taraqqiy etganligi tufayli past eshitiladi. **Alveolyar nafas fiziologik va patologik holatlarda kuchayishi yoki susayishi mumkin:**-bu bir tomondan alveolalar devorining qalinlashishi hamda ularning tebranishi va ular soni bilan bog'liq bo'lsa, ikkinchi tomondan ko'krak qafasini teri osti yog' qatlami va mushaklarini yaxshi rivojlanganligiga yoki yupqaligi bilan, uchinchidan alveolyar nafasning alveolalardan ko'krak qafasiga uzatilish holati bilan bog'liqdir. Alveolyar nafasning patologik holatda o'zgarishi ikkala o'pkada, bir o'pkada yoki bir o'pkaning ma'lum bir qismida bo'lishi mumkin. Bu holatlarda nafas susayishi, kuchayishi yoki eshitilmasligi mumkin.

Fiziologik susayishi – uyqu holatida, ko'krak qafasi teri osti yog' qatlami yaxshi rivojlanganda ko'krak qafasining simmetrik sohalarida bir xilda susayadi.

Fiziologik kuchayishi – fizik zo'riqishda, emotsional holatlarda, teri osti yog' qatlami kam taraqqiy qilganda astenik kishilarda, simmetrik sohalarida bir xilda kuchayadi. Bolalarda ko'krak qafasi mushaklari yaxshi rivojlanmaganligi uchun, bunday nafas pueril nafas ham deb ataladi. Alveolyar nafasning fiziologik holatda kuchayishi va susayishi bir vaqtning o'zida ikala o'pkada kuzatiladi.

Patologik kuchayishi-nafas olish va chiqarish fazalarida yoki faqat nafas chiqarish fazasida vujudga keladi. Nafas chiqarishni kuchayishi kichik kalibirli bronxlarni torayishi (bronxlar devoiri shishi yallig'lanish natijasida, bronxospazm) tufayli yuzaga keladi. Bu holatda nafas chiqarishi kuchli va davomli bo'ladi. Alveolyar nafasning nafas olish va nafas chiqarishda kuchayishi qattiq (dag'al) nafas deb yuritiladi. Bu turdagi nafas bronxlar devori shishi yallig'lanish natijasida, bronxospazmda, bronxirlarda vujudga keladi. Dag'al alveolyar nafas – nafas olish va ko'proq nafas chiqarish fazasini uzayganligi bilan xarakterlanadi, asosan o'tkir va surunkali bronxit, bronxial astmada eshitiladi. Kuchaygan alveolyar nafas o'pkadagi patologik o'choq yaqinida yoki qarama – qarshi tomondagi o'pkada (sog'lom) ham eshitilishi mumkin. Bunday holda o'pkaning sog'lom sohaları zararlangan soha funk-tsiyalarini o'z zimmasiga olib, odatdagidan ko'proq faoliyat ko'rsatadi.

Alveolyar nafasning quyidagi turlari tafovut qilinadi: Bolalarda alveolyar nafas kuchaygan bo'ladi. Chunki ularda ko'krak qafasi yupqa va alveolalar devorining elastikligi va tebranish qobiliyati yuqori. Bunday nafas pueril nafas deyiladi va fiziologik hisoblanadi.

Sakkadirlangan nafas – nafas olish fazasi uzoq-uzoq, nafas chiqarish fazasi esa o'zgarmagan. Bu turdagi nafas shovqini qovurg'alar shikastlanganda, nafas muskullari yallig'langanda, sovuq xonada auskultatsiya qilinganda kuzatiladi. Sakkadirlangan nafas chegaralangan sohada eshitilib, ko'pincha tuberkulyoz etiologiyadagi mayda bronxlarning yallig'lanish jarayonini (bronxiolit) ko'rsatadi.

Patologik holatda susayishi-bronxial astmada, o'pka emfizemasida, atelektazida, krupoz pnevmoniyaning boshlang'ich bosqichida, bunda alveolalar devori qalinlashadi, bronxlarda yot modda tiqilib qolishi natijasida kam havo o'tadi va alveola devorlari yaxshi tebranmaydi, ko'krak qafasi mushaklari mioziti, nervlari nevralliyasi, qovurg'alar sinishida kuzatiladi. Shuningdek alveolyar nafasning hosil bo'lish joyidan ko'krak qafasiga uzatilishi buzilishida-plevra varaqalari qalinlashsa, plevra bo'shlig'ida havo yoki suyuqlik yug'ilishida kuzatiladi. Alveolyar nafasning susayishi plevra varaqlarining bitishida kuzatiladi, katta bronxlar bo'shlig'i to'liq berkilganda (obturatsiyali atelektaz) da ham shu sohalarida alveolyar nafas susayadi. Susaygan alveolyar nafas – nafas olish va chiqarish fazalari qisqarishi bilan xarakterlanadi.

Bronxial nafas. Bronxial nafas xiqildoq, traxeya va yirik bronxlar ustida eshitiladi. Bunday holda vujudga kelgan tovush to'liqlari butun bronx devori bo'ylab tarqaladi va "X" tovushini eslatadi. Bronxial nafas, nafas aktining har ikkala fazasida ham eshitilib, chiqarishda yaxshiroq eshitiladi.

Mexanizmi. Nafas olganda, ko'proq nafas chiqarganda ovoz yorig'ining torayishi havo oqimini aylanma (girdobsimon) harakat qilib o'tishi sabab bronxial nafas shovqini yuzaga keladi. Bu shovqin bronxial nafas shovqini yoki laringotraxeal nafas deb ataladi. Normada bronxial nafas ko'krak qafasining old tomonidan hiqildoq, traxeya ustida, traxeya bifurkatsiyasi sohasida (to'sh suyagi dastasi ustida), orqa tomondan esa VII bo'yin umurtqasi ustida, kuraklar oralig'ida III-IV ko'krak umurtqalari sohasida eshitiladi. Ko'krak qafasining boshqa sohalarida sog'lom odamda bronxial nafas eshitilmaydi, chunki alveolyar to'qima joylashgan.

Patologik holatda bronxial nafas shovqini – qachonki, bronxial nafas shovqini normada eshitilmaydigan sohalarida, ya'ni o'pka to'qimasi ustida eshitiladi. Odatda bunday nafas shovqini o'pka to'qimasini zichlashuvida, alveolalar yallig'lanish eksudati yoki qon bilan to'lishganda (krupoz pnevmoniyaning boshlang'ich bosqichida, tuberkulyozda, o'pka infarktida), o'pka to'qimasi qisilganda (kompressiyali atelektaz). Bronxial nafas kuchaygan ko'rinishda eshitiladi, qachonki o'pka to'qimasini zichlashuvi kengroq sohasini egallasa va yuzaroq joylashsa (krupoz pnevmoniya, pnevmoskleroz). Susaygan bronxial nafas esa zichlashuv nisbatan kichiqroq sohani egalaganda va chuqurroq joylashganda (o'pka infarkti, atelektaz) eshitiladi.

Bronxial nafasning patologik turlari o'pka abtsesida, o'pkada kaverna (bo'shliq) bo'lsa eshitiladi, chunki bularning atrofida yallig'lanishdan keyingi infiltrat ya'ni qattiqlashish kuzatiladi va bo'shliqlar yirik bronxlarga ochilgan bo'ladi. **Bronxial nafasning quyidagi patologik turlari tafovut qilinadi:**

1. **Amforik nafas** – amfora grekcha «ko'zacha» ma'nosini bildirib, nafas shovqini go'yoki kolbaga puflagandagidek tovushni eslatadi. Bu nafas shovqini o'pkada silliq devorli bo'shliq hosil bo'lganda, bu bo'shliqni diametri 6-8 sm atrofida bo'lib, u bronx bilan tutashgan holatlarda eshitiladi (o'pka sili, o'pka abtsessi).

2. **Metallik nafas** – kuchaygan bronxial nafas shovqini boʻlib, metallga urganda paydo boʻladigan tovushga oʻxshaydi. Metallik nafas baland tovush va past kuchlanishligi bilan farqlanadi. Bunday nafas shoviqini ochiq pnevmotoraksda uchraydi.

3. **Stenotik nafas** – bu nafas shovqini kuchaygan distantsiyali shovqinli nafas boʻlib, asosan yuqori nafas yoʻllariga yot jism tushganda eshitiladi.

4. **Aralash yoki bronxovezikulyar nafas** – bunda nafas shovqini nafas olish fazasida vezikulyar nafasni, nafas chiqarishda esa bronxial nafasni eslatadi. Asosan krupoz pnevmoniyani oxirgi bosqichida, pnevmoskleroz, oʻchoqli pnevmoniya, infiltrativ oʻpka silida eshitiladi (zichlashish oʻhoqlari oʻpka toʻqimasida chuqur joylashgan boʻlsa).

Vezikulobronxial nafas- oʻchoqli pnevmoniya, oʻpkaning infiltrativ tuberkulyozi, pnevmosklerozda eshitiladi. Bu holatlarda qattiqlashgan oʻpka toʻqimasi chuqur joylashgan boʻladi. Nafas olishda vezikulyar va nafas chiqarishda bronxial nafas eshitiladi (bronxovezikulyar).

Qoʻshimcha nafas shovqinlari (quruq va nam xirillashlar, krepitatsiya va plevra ishqalanish shovqini). Diagnostik ahamiyati.

Qoʻshimcha nafas shovqinlari asosiy nafas shovqinlari bilan birgalikda nafas yoʻllari yoki oʻpka toʻqimasida patologik oʻzgarishlar yuzaga kelganda eshitiladi. Qoʻshimcha nafas shovqinlariga quyidagilar kiradi:

Xirillashlar, krepitatsiya, plevranning ishqalanish va plevra perikardial shovqini.

Xirillashlar (ronchi) –quruq va nam boʻladi. Xirillashlar traxeya va bronxlar yalligʻlanishi yoki oʻpkada boʻshliq hosil boʻlishi natijasida yuzaga keladi. Xirillashlar 2 xil boʻlib, quruq va nam boʻladi.

Quruq xirillashlarni 3 xil turi tafovut qilinadi va bronxlar torayishi natijasida yuzaga kelib, hamma bronxlar torayishi- bronxial astmada, notekis torayishi- bronxitlarda va oʻchoqli torayishi- tuberkulyozda, bronxlar oʻsmasi natijasida eshitiladi. Bular quyidagi sabablar tufayli vujudga keladi;

-bronxlar silliq mushaklari torayishi natijasida,

-yalligʻlanish natijasida bronxlar shilliq qavatini shishi tufayli,

-bronxlarda shilliq balgʻamni toʻplanishi va ularni bronxlarda harakati natijasida,

-bronxlar ichki hajmini kichrayishi tufayli vujudga keladi. Bronxlardan nafas olib chiqarish aktida havo oʻtganda balgʻam uyong buyonga harakatlanib bronxning teskari devoriga ipsimon yopishadi.

Quruq xirillashlar baland (diskant-ronchi sibilants) yoki hushtaksimon, past (basovie-ronxi sonoris), gʻoʻngʻirlovchi xirillashlarga boʻlinadi.

Past chastotali quruq xirillashlar – katta kalibrdagi bronxlar ustida eshitiladi (proksimal bronxlarda).

Goʻngʻirlovchi quruq xirillashlar – oʻrta kalibrdagi bronxiolalar ustida eshitiladi.

Hushtaksimon, chiyillovchi (distsiyali) quruq xirillashlar – mayda kalibrli bronxiolalar ustida eshitiladi (distal bronxiolalar), asosan bronxial astma bilan kasallangan bemorlarda eshitiladi.

Quruq xirillashlar asosan nafas aktini har ikkala fazasida ham eshitiladi, yoʻtalgandan keyin eshitilish joyi oʻzgaradi, doimiy emas (oʻtkir va surunkali bronxit, bronxial astma). Quruq xirillashlar yoʻtalganda pasayishi yoki kuchayishi mumkin.

Nam xirillashlar asosan bronx va bronxiolalarda suyuq bronxial sekretni toʻplanishi natijasida yuzaga keladi. Bronxlar kalibriga koʻra quyidagi turlari tafovut qilinadi:

Yirik kalibrli – yirik pufakchali-yirik bronxlar va oʻpka boʻshliqlarida, katta bronxoektaz, abtses, kavernalarda kuzatiladi.

Oʻrta kalibrli – oʻrta pufakchali-oʻrta bronxlarda

Mayda kalibrli – mayda pufakchali-mayda bronxlarda eshitiladi.

Eshitilish joyiga koʻra chegaralangan sohada (boʻshliq hosil boʻlganda, bronxoektazda) va tarqoq koʻrinishda (surunkali bronxitda) kuzatiladi. Nam xirillashlarni jarangliligiga koʻra jarangli va jarangsiz turlari farqlanadi: jarangli nam xirillashlar oʻpkada yalligʻlanish jarayonlari kechganda maʼlum chegaralangan sohada yaʼni oʻpkani pastki qismida eshitiladi. Garchi bunday xirillashlar oʻmrov osti va kurak osti sohalarida eshitilsa tuberkulyozli infiltratlar yoki kavernalardan dalolat beradi. Jarangsiz nam xirillashlar esa oʻpkada dimlanish jarayonlari kechganda, asosan oʻpkani pastki qismlarida, har ikkala tomonda, asosan bronxitlarda, yurakning chap qismi etishmovchiligida eshitiladi. Nam xirillashlar ham quruq xirillashlar singari nafas aktining ikkala fazasida ham eshitiladi.

O'pkada bo'shliq sindromi bo'lsa va bu bo'shliqda suyuqlik hamda havo bo'lsa, bemor vaziyatini o'zgartirsa vertical holatdan gorizontol holatga yoki teskari holatga o'tsa tomchi tomish shovqini (gutta kadens) eshitiladi.

Krepatatsiya alveolalarda hasil bo'lib, nafas olishda va nafas chiqarishni boshlang'ich fazasida eshitiladi. Alveolalarning yallig'lanishi natijasida nafas olish va chiqarishda havoni suyuqlik (sekret) orqali nafas yo'liga o'tishidan hosil bo'ladi. Alveolalar devorlari nafas chiqargandan so'ng bir-biriga yopishadi va nafas olganda shtirlab ochiladi, bu shovqin krepatatsiya hisoblanadi. Krepatatsiya asosan alveolalarda kam miqdorda suyuqlik bo'lganda ya'ni o'pkaning yallig'lanishlarida eshilib, krupozli pnevmoniyaning I-III bosqichida va infiltratli o'pka tuberkulyozida, o'pka infarktida, yurakning chap qismi etishmovchiligida, o'pkada dimlanish sodir bo'lganda asosan o'pkaning pastki qismlarida eshitiladi. Alveolalarda ko'p suyuqlik to'planganda krepatatsiya eshitilmaydi. Krepatatsiya alveolalar elastiklik xususiyatini pasayishi hisobiga paydo boladi. Keksa odamlarda chuqur nafas olganda ham eshitish mumkin, agar ular gorizontol holatdan vertical holatni egallasa va shu vaqtda auskultatsiya qilinsa va compression atelektazda eshitiladi, buni funktsional krepatatsiya desa ham bo'ladi.

Krepatatsiya mayin bo'lishi mumkin (yuqori tonli tovush) yoki dag'al (balandroq tovush) dek eshitiladi. Krepatatsiya eshitilish xususiyati bo'yicha mayda pufakchali nam xrillashlardek eshitiladi.

Krepatatsiya va mayda pufakchali nam xrillashni differentsial diagnostikasi.

	Nafas olish va chiqarish fazasida hosil bo'ladi	Nafas olish fazasida hosil bo'ladi	Yo'talganda o'zgaradi
Krepatatsiya	-	+	-
Mayda pufakchali nam xrillashni	+	-	+

Stridorozli nafas, xirillashlar singari qisman obstruksiyalangan nafas yo'li orqali havoni o'tishidan paydo bo'ladi, biroq bunda yuqori tonli tovush ustunlik qiladi. Chunki bu nafas yo'lining mayda qismlarida hosil bo'ladi. Stridorozli nafas xushtaksimon tonga ega bo'ladi. Shunga qaramasdan nafasning istalgan fazasida eshitiladi.

Plevraning ishqalanish shovqini yallig'lanib, dag'allashgan plevra varaqlarining bir-biriga ishqalanishi natijasida hosil bo'ladi. Tovush dag'al, gijillaydigan, ikkita najdakli qog'ozni bir-biriga ishqalanganda chiqadigan tovushga o'xshaydi. Plevraning ishqalanish shovqini nafas olish va chiqarish fazasida eshitiladi. Ko'pincha bu shovqin o'pkaning pastki chekka qismlariga eshitiladi, chunki bu joylarda o'pka maksimal harakatlanadi. Agarda yallig'lanish sohasi yurak sohasiga to'g'ri kelsa va perikard ham yallig'langan bo'lsa, u holda bu plevroperikardial shavqin hisoblanadi. Bu tovush yurakning qisqarish vaqtiga ya'ni sistola va diastole vaqtida eshitiladi.

Plevraning ishqalanish shovqinini mayda pufakchali nam xrillashlar va krepatatsiyadan farqi.

t/r	Belgilari	Plevraning ishqalanish shovqini	mayda pufakchali nam xrillashlar va krepatatsiya
1	Yo'tal bilan bog'liqligi	O'zgarmaydi	O'zgaradi
2	Stetoskop yoki fonendoskopni ko'krak qafasiga kuchliroq bosilsa	kuchayadi	o'zgarmaydi
3	Nafas olish fazasi bilan bog'liqligi, eshitilishi	nafas olish va chiqarish fazasida	Krepatatsiya nafas olish fazasida
4	Og'iz va burun yopiq holda qorinni ichkariga tortib chiqarsa diafragma hamda plevra harakatlanishi natijasida	plevraning ishqalanish shovqinini quloq bilan eshitish mumkin	krepatatsiya va mayda pufakchali nam xrillashlar eshitilmaydi

Gippokratning chayqalish shovqini (succussio Hippokratis)-bu shovqin bir vaqtning o'zida plevra varaqasi orasida suyuqlik va havo to'planishi natijasida eshitiladi. Buning uchun bemorning ko'krak qafasiga quloq qo'yiladi va bemor chayqaladi, shu vaqtda shovqin eshitiladi.

Nafas a'zolari xastaligiga chalingan bemorlarni funktsional-instrumental tekshirish usullari: O'pkalarni bronxografiya, rentgenologik, tomografiya tekshirish metodlari. Diagnostik ahamiyati.

Nafas azolari kasalliklarini aniqlash uchun bir necha probalardan foydalanish mumkin;

Shtange probasi – bu prbada bemorlar chuqur nafas olib, 40 sekund davomida nafasni ushlab turadilar.

Gencha probasi bu prbada bemorlar nafas chiqargandan so'ng, 30 sekund davomida nafasni ushlab turadilar.

Bronxofoniya auskultatsiya usuli yordamida tovushni xiqildoqdan, ovoz yorig'i va ovoz bog'lamlari orqali traxeya, bronx va ko'krak qafasida yuqori alveolalar qatlamidan o'tkazish bronxofoniya usuli yordamida aniqlanadi. Bronxofoniya palpatsiya usuli yordamida aniqlanadigan ovoz dirillashini auskultativ ekvivalenti bo'lib hisoblanadi. Buning uchun tekshiriluvchi shivirlab (past tovushda) tarkibida "Ch" yoki "Sh" harflari bo'lgan so'zlarni talaffuz qiladi (masalan, chirchiq, shashka, chashka). Sog'lom odamda bunday paytda past tovushda «ko'krak gapirishi» kuzatiladi. Normada bronxofoniya ko'krak qafasini simmetrik sohalarida bir xilda eshitiladi. Patologiyada bronxofoniya bir tomondan yoki har ikkala tomondan kuchayishi yoki susayishi mumkin. Bronxofoniyani kuchayishi o'pka to'qimasi zichlashganda, o'pka atelektazida, o'pka infarktida kuzatiladi, susayishi esa diffuz emfizemada (har ikkala tomondan), eksudativ plevritda (patologik tomondan) eshitiladi.

Rentgenologik tekshirish. Rentgenologik tekshirish rentgenoskopiya (ob'yekt tasvirini ekranda hosil qilish) va rentgenografiya (tekshirilayotgan ob'yekt tasvirini yorug'lik sezadigan materialga tushirib, rasmini olish) ni o'z ichiga oladi. Nemis olimi Qonrad Rentgen tomonidan 1896 yilda kashf etilgan shu nurlarning uchta xossasi mavjud: ular ko'zga ko'rinmaydigan nurlar mutlaqo o'ta olmaydigan jismlar orqali o'tib ketadi va ularga qisman yutilib qoladi; ba'zi moddalarning porlashiga (shu'la sochishi, flyuorestsentsiyaga) sabab bo'ladi; fotografik plyonka va plastinkalaridagi kumush bromidini parchalaydi. Bu nurlarning shu xossalari rentgenoskopiya bilan rentgenografiyaga asos bo'ladi. Tananing nurga solib ko'rilishi kerak bo'lgan qismlari nur manbai bilan ekran orasida turishi kerak. Ekran shu'lalanuvchi (flyuorestsentsiyalanadigan) modda bilan qoplangan kartondir.

Odam organizmidagi turli organlar va sistemalarni rentgenologik yo'l bilan tekshirish rentgen nurlarining har xil zichlikdagi muhitlar orqali har xil darajada o'tish xossasiga asoslangan. Qanday bo'lmasin biror organning zichligi nechog'li yuqori bo'lsa, rengenoskopiya mahalida ekranga tushadigan yoki rentgenografiya mahalida rentgenogrammaga tushadigan soyasi shuncha quyuqroq bo'ladi.

Odamning to'qima va organlari har xil zichlikda bo'lib, rentgen nurlarini har xil darajada yutadi. Zich jismlar, tanalar hammadan ko'ra katta bo'lib ko'p nur yutadi, yumshoq to'qima va havo hammadan kam zichlikka ega bo'ladi, kam nur yutadi. Shu munosabat bilan suyaklar nurga solinganda ekranga ancha qora bo'lib tushsa, tomirlar dastasi, jigar quyuq soya beradi.

Havo rentgen nurlarini juda kam yutadi. Shuning uchun ichida havo bo'ladigan organlar nurga solinganida yorug' joylar hosil bo'ladi. Ularning nechog'li yorug' bo'lishi havo miqdoriga bog'liqdir. Suyuqlik ham rentgen nurlarini ko'p yutadi: suyuqlikdan tushadigan soya quyuqligi uning miqdoriga to'g'ri proportsionaldir.

Kontrastlash usullari rentgenokonstrast moddaning qay tariqa yuborilishiga qarab 3 guruhga bo'linadi:

- 1) rentgenokonstrast modda odam tanasining tabiiy yo'llari (teshiklari) dan yuboriladi;
- 2) rentgenokonstrast modda qon oqimiga yuboriladi;
- 3) rentgenokonstrast modda to'g'ridan to'g'ri to'qimalarga, a'zolarga va tutash bo'shliqlarga yuboriladi.

Kontrastlash usuli hazm a'zolarini (qizilo'ngach, me'da, ingichka va yo'g'on ichakni) tekshirish uchun qo'llaniladi, buning uchun bariy sulfatning suvdagi emulsiyasidan foydalaniladi, bemorga shu emulsiya ichiriladi yoki klizma qilib yuboriladi. Traxeya bilan bronxlar (bronxografiya), qovuq, (tsistografiya), ko'ks oralig'i (mediastinografiya), burun bo'shliqlari (rinografiya), burun oldi bo'shliqlari (qo'shimcha bo'shliqlar) ham shu usul bilan tekshiriladi.

Organizmdagi ko'pgina qo'shni a'zolar bir xil zichlikka ega bo'ladi. Odatdagi rentgenoskopiya bularning soyalari bir-biriga qo'shilib ketadi, bu tekshirishning foydasini kamaytirib yuboradi. Lekin shunday hollarda ham tekshirilayotgan a'zoga rentgenokonstrast modda yuborish yo'li bilan shu a'zo va atrofidagi a'zolar hamda to'qimalar o'rtasida rentgen ekrani yoki rentgenogrammada keskin tafovutni aniqlash mumkin.

Ichi bo'sh, kovak bo'ladigan a'zolar — me'da, ichak, qorin bo'shlig'iga ba'zan havo yuboriladi, bu - havoli a'zo bilan qo'shni a'zolar o'rtasida kontrast hosil qilishga imkon beradi.

A'zolar ko'pincha har xil sathlarda qavat-qavat bo'lib joy oladi yoki bir-biriga zich taqalib turadi. Bunday hollarda nur beriladigan bo'lsa, barcha organlarning ko'lankasi tushaveradi. Mana shu ko'lanka bir-biriga zich taqalib turgan a'zolar soyalarining qo'shilib ketishi natijasidir. Masalan, o'pka nurga solib ko'rilganda pastki bo'limlari uchlaridan ko'ra yorug'roq bo'lib ko'zga tashlanadi, lekin bunda yorishishning sababi ikkala holda ham bitta, ya'ni havodir. O'pka uchlarining kamroq yorishib ko'rinishi havo miqdoriga bog'liq bo'lmasdan, balki yelka mushaklarining qalininga qavat bo'lib turishiga ham bog'liqdir.

Rentgenogrammada zich to'qimalar yorug', yumshoq to'qimalar bilan havo esa qora bo'lib ko'rinadi. Rentgenogramma arziyas patologik o'zgarishlarning ancha batafsil tasvirini olish zarur bo'lganda qilinadi. Bunday o'zgarishlar nurga solib ko'rish vaqtida vrach nazaridan chetda qolishi, lekin rentgenogrammada aks etadigan bo'lishi mumkin. Turli vaqtlarda olingan rentgenogrammalar jarayonning dinamikasini o'rganishga imkon beradi.

Flyurografiya qisqa muddatda ommaviy rentgenologik tekshirish olib borishga imkon beradi. Flyurografiya uskunasi yordamida olingan tasvir flyurografiya deb ataladi. O'pkada zimdan o'tayotgan sil jarayonini aniqlash uchun flyurografiya keng qo'llaniladi. Flyurografiya mohiyat e'tibori bilan shundan iboratki, o'pkaning ekrandagi rentgen tasviri «FED» apparati bilan rasmga olinadi, keyin esa bu rasm flyuroskopga qo'yilib, tekshirib o'rganiladi. Bir soat mobaynida 100 dona atrofida suratga olish mumkin bo'lai. O'pkaning sil bilan kasallangani topilganida «aniqlashtirib beradigan» rentgenogrammalar olinadi.

Harakat qilib turadigan a'zolar — yurak, me'da, yirik tomirlar, qovurg'alar, diafragma funksiyasi so'ngi yillarda rentgenokimografiya yordamida o'rganilmoqda.

Bemorlarni bronxografiyaga tayyorlash. Bronxografiya — traxeya va bronxlarning ichki yuzasini kontrast modda yuborib, rentgenologik tekshirish usulidir.

Bronxografiyaga ko'rsatmalar: turli bronx va o'pka kasalliklarida patologik jarayonning joylashuvini aniqlash, bronxoskopiyada ko'rishning imkoniyati bo'lmagan bronxlar yuzasini tekshirish, o'pkada o'tkaziladigan jarrohlik muolajasi hajmini aniqlash va boshqalar.

Nafas a'zolarini rentgenologik yo'l bilan tekshirish **bronxografiya** yordamida olib boriladi. Bronxografiya bronxial daraxtni uning yo'liga rentgenokontrast modda yuborilganidan keyin tekshirishdir. Bronxografiya usulini qo'llash texnikasi: Halqum anesteziya qilinganidan keyin tekshirilayotgan bronxga kateter orqali rentgenokontrast modda—yodolipol yuboriladi, keyin esa o'pka surati olinadi.

Bronxografiya bronxoektazlar, bronx, traxeya, o'pkada o'sma bor yoki yo'qligini aniqlab beradi. Bronxoektazlarda rentgenokontrast modda bo'shliqni to'ldirib, suratda bronxlarning tasvirini ko'rsatib beradi. Bronx yo'lini berkitib turgan o'sma bo'lsa, bronx tasviri to'liq bo'lib chiqmaydi. Bronxografiyada yuborilgan rentgenokontrast modda 1-2 kundan keyin so'rilib ketadi, balg'am bilan tashqariga chiqarib yuboriladi.

Tomografiya. Tomografiya rentgenodiagnostikada so'ngi paytlarda juda katta ahamiyatni kasb etdi. Tomografiyada rentgenogrammada butun ob'yektning tasviri hosil bo'lmay, balki ma'lum bir qavat, shunda ham vrachni qiziqtirayotgan chuqurlikdagi qavatning tasviri hosil bo'ladi. Tomografiya, rentgenografiyadan ancha farq qiladi.

Rentgen trubkasi bilan ob'yekt o'rtasidagi masofani o'zgartirib va har xil sathlardan bir nechta rentgenogramma olib, ketma-ket tushirilgan bir qancha tasvirlar hosil qilish mumkinki, bularda ob'yekt uzunasiga yoki ko'ndalangiga qarab go'yo ayrim bo'laklarga kesib qo'yilgandek bo'lib chiqadi. Tomografiya uchun hozir bir yo'la 4-5 ta plyonka joylashgan kassetalar qo'llaniladi, bu bir nechta qavatlar tasvirini bir yo'la tushirib olishga imkon beradi.

Tomografiya asosan o'pkani tekshirishda qo'llaniladi. Interstitsial fibroz o'zgarishlar tagida yoki plevradagi katta-katta tuzilmalar orqasida yashirinib turgan o'pka raki, ko'ks oralig'i o'smasi, kaverna, abtseess, sil, silikoz, bronxoektazlar uning yordamida aniqlanadi. Tomografiya ko'zga ko'rinmaydigan bo'shliqlar topografiyasini aniq bilib olishga imkon yaratadi. Uning yordamida kasallangan joylarga emas, balki ularning qanday chuqurlikda joylashgani ham aniqlanadi.

Pikfloumetrik tekshirish usuli bu metod 1 cekundda nafas chiqarish maksimal tezligini aniqlashdan iborat. Maksimal nafas chiqarish tezligi 460 ga teng. Bu 95% ni tashkil qiladi. Meyorda bu ko'rsatkich 80-100% kerakli hajmdan tashkil qiladi. Patsiyentlarda 80-100% bo'lsa yashil; 50-79% sariq va 50% dan kam bo'lsa qizil signal deb qarash mumkin bo'ladi. Bemorlarga sutkalik monitoring o'tkaziladi va quyidagi formula orqali aniqlanadi. Ertalabki va kechqurungi monitoringni eng kattasi olinadi. Variabellik = PSVkech-

PSVert X 100% yoki

$\frac{1}{2}(\text{PSV}_{\text{kech}} + \text{PSV}_{\text{ert}})$

$$\frac{540-470}{\frac{1}{2}(540+470)} \times 100\% = \frac{70}{550} \times 100\% = 20\%$$

Variabellikni 20% dan ko'payishi bronxlar giperreaktivligidan dalolat beradi va bu bronxial astmadan dalolat beradi. Bazanda provakatsion probalar(qo'zg'atuvchi) o'tkaziladi. Bu nafas chiqarish maksimal tezligi boshlanishida meyorda bo'lganlarda o'tkaziladi. Bu bemorlarda tashxisni tasdiqlash uchun va albatta bemorning roziligi bilan o'tkaziladi. Qator provakatsion probalar mavjud (atsetilxolin, gistamin,, metaxolin, bradikinin, sovuq tasirida proba, jismoniy zo'riqishdan keyingi, noselektiv β blokatorlar bilan).

Provakatsion test (PT)= $\frac{\text{PSV1}-\text{PSV2}}{\text{PSV2}} \times 100$

Ko'rsatkichlarni 15% dan ko'p yomonlashuvi bronxlar giperreaktivligidan dalolat beradi.

Misol: 1) $\text{PSV1}=460$; 2) 95%; 3) $\text{PSV2}=380$; $\frac{460-380}{380} \times 100=22\%$

zo'riqishdan (nagruzka) so'ng. 20 minut dam oladi va song yana pikfloumetriya o'tkaziladi. β blokatorlar bilan proba (anaprillin, obzidan) 40 mg per os beriladi va 1 soat o'tgandan so'ng pikfloumetriya qilinadi. Bronxodilatatsion test probasi bronxial astma va o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi (O'SOK) ni diferentsial diagnostikasi uchun ishlatiladi va quyidagicha bajariladi, 4 doza salbutamol (400 mg) berilgandan so'ng bajariladi.

1) $\text{PSV1}-260$; 2) 55%; 3) $\text{PSV2}=380$; $\frac{380-260}{260} \times 100 = 48\%$;

Bu ko'rsatkich 15% dan katta bo'lsa, musbat hisoblanib bronxial astma bo'ladi, garchi 15% dan kichik bo'lsa manfiy bo'lib, O'SOK dir.

Qaytar jarayon bo'lsa bronxial astma hisoblanadi. $\frac{\text{PSV2}-\text{PSV1}}{\text{PSV1}} \times 100$

Pikfloumetriya o'tkazishga qarshi ko'rsatma; miokard infarkti, gipertonik kriz, ruhiy kasalliklar, homilador ayollarga o'tkazish man etiladi.

Bemorni tayyorlashda quyidagilarga amal qilinadi:

- 1.Bemor organizmining tarkibida yod tutgan vositalarga javob reaksiyasini aniqlash uchun oldindan sinama qo'yiladi (bemorga 2—3 kun davomida 1 osh qoshiqdan kaliy yodidning 3% li eritmasidan beriladi).
- 2.Bemorga tekshiruvning maqsadi va mohiyatini tushuntiriladi.
- 3.Yiringli balg'am bo'lganda bronxlarni 3-4 kun tekshiruvdan oldin tozalanadi.
- 4.Tekshiruvdan 30-60 daqiqa oldin teri ostiga fenobarbital (0,1 g), atropin sulfat (0,1 %-1ml), pipolfen (0,025 g) yuborish buyuriladi.

Kerakli anjomlar: Bronxoskop, steril stol, spirt, salfetka, sovun, inyektsion ignalar, kateter, paxta ushlagich, qisqichlap, 0,1% li trimekain, dikain, 1-2% li novokain.

Tekshirishning maqsadiga qarab narkoz yoki mahalliy og'riqsizlantirishdan foydalaniladi. Mahalliy og'riqsizlantirishga 2% li dikain, 3-5%li novokain eritmalaridan foydalaniladi.

Bronxlarni kontrast modda bilan to'ldirish maqsadida egiluvchan zondlardan, boshqariladigan kateterlardan foydalaniladi. Tekshiruvni shifokor o'tkazadi.

Tekshirish usullarining sezgirligi spetsifikligi va informativligi

Tekshirish usullining sezgirligi ma'lum bir klinik belgining qancha miqdor bemorda borligini aniqlaydi. Masalan, miokard ishemiyasining aniqlash uchun veloergometriyadan oldin va so'ng EKG natijasi 50 dan 80 foizgacha bo'ladi, ya'ni jismoniy zo'riqishdan keyin ishemiya holati haqiqatdan 100 ta bemorda qayd qiladigan bo'lsa, veloergometrik probadan so'ng 50-80 nafar bemorda musbat, qolgan bemorlarda psevdomanfiy natija beradi.

Tekshirish usulining spetsifikligi (sog'lom kontingentni tekshirish asosida hisoblanadi). Spetsifiklik tekshirish usulining xatolar sonini ko'rsatadi. Masalan, mutloq sog'lom kishilar, haqiqatan ham miokard ishemiyasi bo'lmagan holda veloergometrik sinama 100ta tekshirish o'tadigan sog'lom kishilardan 80-95 nafarida manfiy natija beradi, qolgan 5-20 nafarda psevdomusbat bo'ladi.

Tekshirish usulining informativligi miqdoriy jihatdan ushbu metodning hajmi emas, balki shu patologiyada zarurligi inobatga olinadi. Masalan, ko'krak qafasining umumiy rentgenografiyasi "zo'riqish

stenokardiyasi tashxisi uchun zaruriy ma'lumot bera olmaydi". Ushbu tashxis uchun EKG veloergometriya sinamasi informativligi yuqori hisoblanadi.

Nafas a'zolari xastaliklarida laborator tekshiruv: balg'am va plevra suyuqligini tekshirish.

Balg'am shilliqli nafas yo'llari sekretidan iborat, biroq unda ko'pincha boshqa narsalar o'pka to'qimasi va o'smaning parchalanish mahsulotlari, qon va uning shakliy elementlari, mikroorganizmlar, Sharko-Leyden kristallari, Kurshman spirallari va h. k.) ham bo'ladi. Shuning uchun ham balg'amni tekshish bizda diagnostikada yordam beradi. Balg'am ertalab ovqatlanishdan oldin olinadi.



SARSTEDT konteyneri

Buning uchun steril SARSTEDT konteyneri kerak bo'ladi, buni vrachdan yoki dorixonalardan olish mumkin. Balg'amni yig'ishdan oldin og'iz chayilib, tishlar va qo'llar yaxshilab yuviladi. Yo'talgandan so'ng og'izda yig'ilgan balg'am idishga tuflanadi. Yo'talni provakatsiya qilish uchun bir necha marta chuqur nafas olib chiqariladi, shundan so'ng kuchli yo'talib balg'am konteynerga tuflanib, konteyner og'zi yaxshilab yopiladi va laboratoriyaga tekshirishga yuboriladi.

Balg'amning umumiy xususiyati

Balg'amning umumiy miqdori, birinchidan, uning qancha ajralib chiqishiga va ikkinchidan, kasallik xarakteriga bog'liq. Bu miqdor bir necha Millilitrdan —2 litrgacha bo'lishi mumkin. Balg'am sutka davomida bir me'yogda yoki ma'lum bir vaqtda ba'zan esa birdaniga (masalan, o'pkadagi yiringli o'choq yorilib ketganda) ajraladi. O'z xarakteriga ko'ra balg'am 1) shilliqli, 2) yiringli, 3) serozli, 4) qonli, 5) aralash xillarga bo'linadi. 1) Shilliqli balg'am kul rangroq tusli, sal yoki bir qadar tipik va ancha yopishqoq bo'ladi. Tipik formada bronxlar yallig'langanda uchraydi. Yiringli balg'am yashil tusli, ko'chmali, sassiq hidli, hidsiz, qonli, suyuq, ba'zida ancha quyuq bo'ladi. O'pkada yiringli joylar bo'lganda va yiring plevrani yorib chiqqanda uchraydi. Serozli balg'am suyuq, ko'pikli bo'ladi bu o'pkada dimlanish va shish paydo bo'lganda uchraydi. Qonli balg'am ko'p yoki oz miqdordagi o'zgarmagan qon (mayda tomirlardan quyilgan qon) yoki rangi o'zgargan qon (gemoglobindan, gemosidirin va bilirubin hosil bo'lishi) va qonga o'xshash ko'rinishga ega bo'ladi. O'zgargan qon saqlovchi shilliqli balg'am zanglagan balg'am deb ataladi. Qonli balg'amning mavjudligi o'pkada destruktiv, ya'ni o'pka to'qimasini zararlovchi, parchalovchi jarayon borligini yoki kuchli giperemiya natijasida qon tomirlaridan eritrotsitlar chiqqanligini ko'rsatadi (qizil qon tanachalari per diapedezining yoki mayda qon quyilishi tufayli chiqadi). Gemografik diagnostalarda balg'am qonli bo'lishi mumkin (quyiroqda qaralsin), aralash turlari ham uchraydi: a) sariq tusdagi shilliqli-yiringli balg'am (yiring mavjudligi tufayli shilliq ba'zan qumoq-qumoq yoki ipsimon bo'ladi); 6)serozli yiringli balg'am, bu xil balg'am ma'lum vaqt turgandan so'ng uch qavatga bo'linadi: ustidagisi—shilliq aralash balg'am, o'rtadagisi — suyuq, serozli balg'am, pastdagisi — yiringli balg'am; pastki qavat xira massa sifatida ko'rinadi. Bunday balg'amning mavjudligi o'pka yoki bronxlarda ko'rish protsessi mavjudligidan darak beradi. Balg'am tarkibida Sharko-Leyden kristallari, Kurshman spirallari — uzunligi —2 sm, ingichka butalgan fibrin ipchalardan (oddiy usulda bo'yab, mikroskop orqali qaralsa spiralning markazida yaltiroq ip ko'rinadi) tashkil topgan; Kurshman spirallari mayda bronxlarning ko'chmasi (slepok) bo'lib, ular spazmga uchraganda yoki yallig'lanishda bronx to'lganda paydo bo'ladi 4) exinokokk pufakchalari yoki ular birining parchalariga (ular mikroskop ostida ilmoqlar va xarakterli qavatma-qavat po'st shaklida ko'rinadi); 5) aktinomikoz donachalariga (bular xujum to'plamlari sifatida ko'rinadi); 6) bronxga tasodifan tushib, balg'am bilan ajralgan yot narsalardir.

Mikroskopik tekshirish

Normada mikroskop ostidagi balg'amda biroz miqdorda leykotsit, ba'zan eritrotsitlar yassi epitelial xujayralari va shilliqli iplari ko'rinadi. Odatda ko'p topilgan balg'amda uchlari o'tkir Sharko-Leyden

kristallari — yaltiroq oktaedrlar ham uchraydi. Hozirgi tushunchaga ko'ra ular eozinofillar parchalanganda ajralib chiqadigan oqsil mahsulotlaridan paydo bo'ladi (bu nuqtai nazardan, ularning uzoq tutib qolgan balg'amda topilishi tabiiydir).

Balg'am bakterioskopiya qilinganda muhim ahamiyatga ega bo'lgan quyidagi gram musbat mikroblarni ko'rish mumkin:

1) pnevmokoklar yoki diplokoklar: bular bir tomoni uchli, ikkinchi tomoni to'mtoq (sham lampasiga o'xshash) qo'shaloq ko'rinadi odatda ularning atrofida yaltiroq qobig'i (kapsulasi) bo'ladi.

Eksudat, suyuqlik tabiatiga ko'ra, turli fizik xususiyatlarga egadir. Zardobli eksudat suyuqligi tiniq, oqish-sariq yoki sarg'ish-yashil rangda bo'ladi (zardobli suyuqlik o'zining tarkib e'tibori bilan qon zardobiga juda yaqindir). Zardob-fibrinli plevritda plevra bo'shlig'idan chiqarilgan eksudat qisman ivib, ba'zan batamom jelatinaga o'xshab qotadi. Zardob-yiringli eksudat suyuqligi tiniq emas, oqish-sariq yoki kul rang tusda bo'ladi. Yiringli eksudat suyuq (ba'zan igna teshigidan qiyin o'tib, uning ichida turib ham qoladi), notiniq yashil rangda, ba'zan (sepsis ro'y berganda) sassiq hidli bo'ladi. Gemorragik plevrit suyuqligi ko'ng'ir-qizil bo'ladi. Sut rangida bo'ladigan xilyoz eksudatlar ham tafovut qilinadi; bular ko'krak limfa yo'lidan plevraga limfa quyilishi natijasida (limfa yo'li yorilganda) yuzaga keladi. Bulardan tashqari, eksudatdagi shakliy elementlarning yog'li degeneratsiyaga uchrashi yoki qondan ko'p miqdorda yog' o'tib qo'shilishi munosabati bilan vujudga kelib, shunday tusga kiradigan xilyozsimon eksudatlar bo'ladi. Eksudatni tekshirganda uning solishtirma og'irligini, tarkibidagi oqsil miqdorini aniqlash va, nihoyat, uni mikroskop ostida o'rganish lozim.

Transudat va eksudatning bir-biridan farqi

Xossalari	Transudat	Eksudat
Rangi	Limon sariq	Oltin-sariq, yashil sariq, qo'ng'ir, sutsimon
Xarakteri	seroz	Seroz, yiringli, qonli, chirindili
Tiniqligi	tiniq	loyqa
Nisbiy zichligi	1,015	1,015dan katta
Ivishi	ivimaydi	iviydi
Oqsil miqdori	<30 g/l	>30 g/l
Rivalt reaksiyasi	manfiy	musbat
Mikroskopik ko'rinishi	Limfotsitlar, mezotelial hujayralar	Leykotsitlar, makrofaglar, eritrotsitlar, xolesterin, atipik hujayralar va b.q.
Bakteriologik tekshirish	steril	Sil tayoqchalari, streptokokk, va boshqa kokklar

Transudatning solishtirma og'irligi 1005 — 1015 o'rtasida bo'ladi, eksudatligi esa 1015 dan yuqori, ko'pincha 1018 dan ham oshiq, bo'ladi. Punktasiya qilib olingan eksudat, suyuqlik tabiatiga ko'ra, turli fizik xususiyatlarga egadir. Zardobli eksudat suyuqligi tiniq, oqish-sariq yoki sarg'ish-yashil rangda bo'ladi (zardobli suyuqlik o'zining tarkib e'tibori bilan qon zardobiga juda yaqin keladi). Zardob-fibrinli plevritda plevra bo'shlig'idan chiqarilgan eksudat qisman ivib, ba'zan batamom jelatinaga o'xshab qotadi. Zardob-yiringli eksudat suyuqligi tiniq emas, oqish-sariq yoki kul rang tusda bo'ladi.

Revmatizm sabab bo'lgan plevritlardagi plevra suyuqligi tarkibida oqsil ko'p bo'ladi, shu jumladan fibrin ham bo'ladi. Bu plevritlar ko'pincha xalta hosil qilib cheklangan bo'ladi. Megapnevmonik plevritlar o'tkir kechadi, eksudatida neytrofillar ko'plab topiladi, ba'zan eksudat yiringli bo'ladi. Shilliq eksudatlarda kasallik avj olgan paytda ko'p miqdorda limfotsitlar bo'lishi xarakterlidir (kasallikning sog'ayish davrida limfotsitlarning ko'p bo'lishi boshqa plevritlarda ham kuzatiladi). Eksudatda neytrofillarning ko'p bo'lishi kokklar ishtiroki bilan vujudga kelgan, ayniqsa yiringli plevritlar uchun xosdir (silli plevritda dastlabki 3—6 kunlarda neytrofillar ko'p bo'lishi mumkin). Ba'zan eksudatda eozinofillar ko'p miqdorda bo'ladi. Rak sabab bo'lgan plevrit eksudatida vakuolli, bir necha yadroli hamda kichik yadroli yirik, odatda yog'li degeneratsiyaga uchragan mezoteliy hujayralari ko'plab topiladi.

Nihoyat, eksudatdan olib mikrobiologik usulda ekiladi yoki laboratoriya hayvonlariga yuqtiriladi, shuningdek sentrifugada aylantirib hosil qilingan cho'kmadan gistologik tekshirish maqsadida kesib preparat yasaladi (bu rak hujayralarini aniqlash uchun juda muhimdir).

Nazorat savollari.

Test savollarini echish;
Bemorlarning asosiy va qo'shimcha shikoyatlari haqida tushuncha bering.
Bemorlardan kasallik tarixi yig'ish tartibi aytib bering.
Bemorlardan hayot anamnezi yig'ish tartibi qanday.
Bemorlarni ko'zdan kechirish tartibini aytib bering.
Stupor, sopor, koma holatini izohlab bering.
Faol, passiv va majburiy holatlarni izohlab bering.
Antropometriya va antropometrik formulalar haqida tushuncha bering.
Termometriya va isitma turlari to'g'risida tushuncha bering.
Palpatsiya va uning rivojlanish tarixini aytib bering.
Perkussiya va uning rivojlanish tarixini aytib bering.
Auskultatsiya va uning rivojlanish tarixi aytib bering.

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.
2. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.
3. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b
4. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b
5. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b
6. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b
7. U.B. Sharopov, F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b
8. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 532 b
9. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
10. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
11. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
12. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y

Qo'shimcha adabiyotlar

13. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laborotornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
14. Y.P.Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b
15. M.T. Abramova Gematologicheskii atlas M. Meditsina 1979 y. 320 b
- 16.A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnost vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b
17. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988 y. v dvux tomax. 973 b
- 18.E. Tursunov "Gistologiya", Toshkent 2011 yil.
19. Vuddi M i A. Uedan."Praktika". Terapevticheskii spravochnik Vashingitonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
20. AbuAli Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
21. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
22. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
23. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D. , Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
24. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
25. Maroteaux P et al: Omodysplasia. Am. J. Med. Genet. 32: 371-375,1989; Al Gazali LI, Al-Asaad FA: Recessive omodysplasia. Clin. Dysmorph. 4: 52-56, 1995.

26. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru., www.cardiosite.ru., www.consilium-medicum.ru.

Nafas tizimi kasalliklari. O'tkir va surunkali bronxit.

Tayanch atamalar: yo'tal, balg'am, birlamchi va ikkilamchi bronxit, o'tkir bronxit, surunkali bronxit, etiologiya, patogenez, palpatsiya va perkussiya, auskultatsiya, xriillashlar, instrumental va laborator tekshirish.

Otkir bronxit

Otkir bronxit-bu bronxlar shilliq qavati yoki shilliq osti qavatining o'tkir diffuz yallig'lanish tabiatli kasalligidir. Bronxlarning o'tkir yallig'lanishi — nafas organlarining eng ko'p uchraydigan kasalliklaridan biridir. O'tkir bronxit bilan kasallanish yuqori nafas yo'llarining yallig'lanishi va gripp epidemiyasi vaqtida ayniqsa ko'p uchraydi.

Etiologik omillar 2 guruhga bo'linadi. Infektsion va noinfektsion omillar. Infektsion omillarga-bakteriyalar, pnevmokokklar, gemolitik streptokokklar, tillarang streptokokklar, gripp virusi va boshqa viruslar, Fridlender batsilalari va surunkali infektsiya o'choqlari, zambrug'lar va h.k. lar kiradi. Ikkinchi gruppaga-kislota va ishqorlar bug'lari, ionlovchi radiatsiya va h. k. kiradi. Shular bilan birga kasallik kelib chiqishiga ko'maklashuvchi omillar ham mavjud.

Etiologik omillarga kasallik rivojlanishiga moyillik ko'rsatadigan sabablarga sovuq qotish, chang, namlikning yuqoriligi, spirtli ichimliklarni suiste'mol qilish, tamaki chekish, ba'zi kimyoviy moddalardan surunkali zaharlanish kiradi. Yuqori nafas yo'llarda infektsiya o'chog'ining borligi (sinusit, gaymarit) ham o'tkir bronxit rivojlanishiga sharoit yaratuvchi omillardan hisoblanadi. O'tkir bronxit rivojlanishida, tarkibida yuqori miqdorda azot oksidi, oltingugurt angidridi, xlor, brom, ammiak bug'lari tutgan havodan nafas olish, kimyoviy zaharli moddalar (xlor, fosgen, difosgen, iprit, lyuizit, fosfororganik birikmalari) dan nafas olish natijasida va yuqori dozada nurlanish olganlarda rivojlanadi. Tarkibida juda ko'p miqdorda chang g'uborlar bo'lgan havo bilan uzoq vaqt nafas olish natijasida ham o'tkir bronxit rivojlanishi mumkin.

Patogenezi. Bakterial agent yuqori nafas yo'llari va bronxlar shilliq qavatini, simpatik nerv tolalari tugunlarini zararlantiradi, bu zararlanish o'z navbatida bronxlar trofikasining buzilishiga olib keladi. Bakterial agentlar va ular ishlab chiqargan zararli moddalar (toksinlari) nafas yo'llarining himoya xususiyatlarini, spetsifik va nospetsifik chidamlilik qobiliyatini keskin kamaytiradi va natijada bronxlar yallig'lanadi.

Birlamchi bronxitlar-bronxial daraxtining tamaki tutuni yoki atmosfera havosining har xil zararli omillar va mikroorganizmlar bilan zararlanishi natijasida vujudga keladi.

Ikkilamchi bronxitlar-bunda bronxit odatda rinosinusit, o'pkaning surunkali abtsessi hamda boshqa kasalliklar asorati natijasida ya'ni qizilcha, ko'k yo'tal, tuberkulyoz, yurak qon tomir tizimi kasalliklari biriktiruvchi to'qimaning diffuz sistemali kasalliklari natijasida yuzaga keladi.

Patologoanatomik o'zgarishlar-shilliq qavatda qizarish va shish, shilliq osti qavatini neytrofillar va limfotsitlar bilan infiltratsiyasi, tsilindrik epiteliylar ko'chishi va degeneratsiyasi, qadoqsimon hujayralarni ko'payishini kuzatishimiz mumkin.

Klassifikatsiya. Etiologiyasiga ko'ra infektsion (bakterial, virusli), noinfektsion-ximik, fizik, aralash va aniqlanmagan etiologiyali bronxitlar. Bronxlarni shikastlanishiga ko'ra-traxeobronxit, bronxit, bronxiolit va h.k. Eksudatning xarakteriga ko'ra- kataral, yiringli bo'ladi.

Kasallikning klinikasi. Boshlang'ich kunlarida yo'tal quruq bo'ladi, keyinchalik qiyin ajraluvchan shilimshiq balg'am bilan yoki yiring aralash shilliq yoki yiringli balg'am ajralishi bilan bo'ladi. Bemorlarda ish qobiliyati pasayishi, tumov, bosh og'riqlari bezovta qiladi.

Kichik kalibrli bronxlar va bronxiolalar shikastlanganda hamda bronxoobstruktiv sindromda nafas chastotasi oshadi, hansirash kuzatiladi, nafas etishmovchiligi hatto nafas siqilishi kuzatilishi mumkin. Kasallik to'sh suyagi atrofida og'riq, yuqori nafas yo'llarining o'tkir yallig'lanishiga xos o'zgarishlar bilan boshlanib, yallig'lanish bronxlarga tarqalgach, hansirash va ketma-ket yo'talish paydo bo'ladi, bemorlar yo'talish vaqtida ko'krak qafasining pastki qismida og'riq sezadilar. Holsizlik, terlash, tana haroratining 37,5– 38 °C ga ko'tarilishi, gripp bilan og'rigan bemorlarda esa lablariga uchuq toshishi (herpes labialis) kuzatiladi.

O'tkir bronxitlarda palpator va perkutor o'zgarishlar xarakterli emas. Bemorlar auskultatsiya qilinganida qattiq (dag'al) nafas hamda quruq xriillashlar eshitiladi. Yo'tal bilan birga

balg'am ajralganda nam xriillashlar eshitiladi (katta, o'rta, kichik kalibrli nam xriillashlar). Bronxoobstruktiv sindrom bilan kechsa o'pkada tarqalgan quruq hushtaksimom yoki g'ung'illovchi xirillash eshitiladi, yo'taldan so'ng xirillashning kamayishi kuzatiladi. Kasallikni 2 - 3 kuni nam xirillash paydo bo'lishi mumkin.

O'tkir bronxit kasalligida o'pka rentgenogrammasida o'zgarish bo'lmaydi. Tashqi nafas funksiyasi tekshirilganda o'pkaning tiriklik sig'imi va maksimal ventilyasiya 15 — 20% ga kamayadi. Qonning kislorod bilan to'yinishi daqiqali (minutli) nafas sig'imining ortishi hisobiga buzilmaydi. Qonda leykotsitlarning neytrofillar hisobiga ortishi 8 — 12* 10.9/l, eritrotsitlar cho'kish tezligi (EChT) ortishi kuzatiladi. O'tkir bronxitlarning yengil formasi qisqa muddatli bo'lib (2-3 kun) bemor o'zini yomon his qiladi, u subfebril harorat, yo'tal, to'sh suyagi atrofida og'riq bilan o'tadi. Og'ir formasi tana haroratining baland bo'lishi, yo'tal, balg'am ko'chishi, qonda leykotsitlar va EChT ortib ketishi bilan kechadi.

Diagnozi (tashxisi). O'tkir bronxit tashxisi kasallikning o'tkir boshlanishi, yo'tal vaqtida balg'am ko'chishi, zaharlanish belgilari, auskultatsiya qilganda avval quruq, keyin nam xirillashlar eshitilishiga asoslanadi.

Differensial tashxisi. O'tkir bronxitni o'choqli zotiljamdan farqlashda ko'krak qafasini rentgenologik yo'l bilan tekshirish muhim rol o'ynaydi. O'tkir bronxitda rentgenogrammada o'zgarish bo'lmaydi. O'tkir o'choqli zotiljamda esa, o'pkaning shamollagan qismida soya ko'rinadi.

Davolash. O'tkir bronxitning yengil turi bilan og'rikan bemorlar ko'pincha uyda davolanadilar. Bemorni sovuq qotishdan, qattiq isib ketishdan asrash kerak bo'ladi. Shamollashga qarshi va og'riq qoldiruvchi dorilllar — analgin 0.5 dan 3 mahal, amidopirin 0.5 dan 3 mahal, vitaminlar, ko'proq C vitaminlari buyuriladi. Balg'am ko'chishini engillashtirish uchun mukolitiklar (termopsis qaynatmasi va nastoykasi, mukaltin, bromgeksin, ingalyatsiyada 2% natriy gidrokarbonati). Tabletkalar libeksin, kodelak. Siroplar (pertussin, bronxolitin, lazolvan, ambrokol). Antibiotiklardan-penitsillin, ampitsillin, (0,5x4p), eritromitsin 0,25x4p, baktrim (biseptol), tsiprofloksatsin 0,5x4p, klavaks 500 mg. Antigistamin preparatlari (suprastin, tavegil, loratal, ketotifen, fenkarol va h.k.). Kaltsiy glyukonat, kaltsiy xlor 10%-5-10,0 v/v.

Chalg'ituvchi vositalardan ko'krak qafasiga banka, gorchichniklar qo'yish, oyoqqa vannalar tavsiya qilinadi. Ko'p miqdorda issiq qaynoq ichimliklar (asal, limon, malina murabbosini bilan choy).

Kasallikning og'ir kechadigan turida bemorlar shifoxonaga yotqizilib, ularga antibiotik va sulfanilamidlar buyuriladi. O'tkir bronxit surunkali bronxitga o'tmasligi uchun kasallikni to'la davolash, fizioterapevtik davolash usullaridan foydalanish tavsiya qilinadi.

Kasallikning oldini olish. Buning uchun atrof muhitni toza saqlash, qattiq sovuq qotishdan saqlanish, zararli odatlarni bartaraf etish, tamaki chekmaslik, spirtli ichimliklarni suistemol qilmaslik kerak. Doimiy badantarbiya va sport bilan shug'ullanish, organizmni chiniqtirish o'tkir bronxitning oldini olishda muhim omillar hisoblanadi.

Surunkali bronxit

Surunkali bronxit- bu bronxlar shilliq qavatining surunkali diffuz yallig'lanish kasalligi bo'lib, bronxlarda shilliqli suyuqlikni gipersekretsiyasi va uning drenaj (mukotsiliar klirrens) funktsiyasi buzilishi bilan kechadi. Surunkali bronxitning tarqalishi 5% dan 17-20%. Hozirgi vaqtda bu kasalliklar yanada ko'paymoqda, bunga sabab ekologiyani buzilishidir, sanoat va har xil turdagi yoqilg'i maxsulotlari va gazlari bilan atmosfera havosining ifloslanishi, chekuvchilar sonini ko'payishidir.

Etiologik omillar 2 guruhga bo'linadi. Infektsion va noinfektsion omillar. Infektsion omillarga-bakteriyalar, viruslar, surunkali infektsiya o'choqlari, zambrug'lar va h.k. lar kiradi. Ikkinchi gruppaga-kislota va ishqorlar bug'lari, ionlovchi radiatsiya sistemali kasalliklar, o'tkir bronxitni yaxshi davolanmasligi tufayli va h. k. kiradi. Shular bilan birga risk omillari ham mavjud. Bu omillarga-chekish (chekuvchilar orasida surunkali bronxit 2-5 marta ko'p uchraydi), ishlab chiqarishdagi zararli omillar (paxta, un, ko'mir, tsement changlari, amiak, ishqorlar, kislotalar bug'lari), ish o'rnida havo namligining baland va sovuq bo'lishi, atmosfera havosining ifloslanishi (oltingugurt oksidlari, neft, tabiiy gaz va ko'mirning chala yongan maxsulotlari va b.).

Kasallik kelib chiqishiga ko'maklashuvchi omillar ham mavjud. Tez-tez va qayta yuqori nafas yo'llari shamollashi, gripp, o'tkir bronxit, pnevmoniya, surunkali burun, tanglay va boshqa infektsiya o'choqlari, irsiy moyillik. Uzoq muddatda tashqi noxush holatlarning ta'siri bronxlar shilliq qavatini strukturasi o'zgartiradi,

bronxlar devorida shilliqli suyuqlikni ko'payishi, ularning reologik xususiyatini o'zgarishi, bronxlarda drenaj funktsiyasini buzilishi va mahalliy immunitetni susayishi kuzatiladi.

Patologoanatomik o'zgarishlar-bronx bezlarida gipertrofiya bo'lganligi tufayli shilliq qavatda qizarish va shish, shilliq osti qavatini neytrofillar va limfotsitlar bilan infiltratsiyasi, tsilindrik epiteliylar ko'chishi va degeneratsiyasi qadoqsimon hujayralarni ko'payishini va kipriksimon hujayralarni kamayishini ko'rishimiz mumkin. Bronxlar shilliq qavatida yassi hujayrali epiteliylar metaplaziyasini va bronxlarda sklerotik o'zgarishlarni hamda bronxlarda deformatsiya va bronxoektaz rivojlanadi.

Kasallikning klinikasi. Bemorlarni yo'tal bezovta qilib asosan ertalab uyg'ongandan so'ng yoki yuvinish vaqtida bezovta qiladi. Boshlang'ich kunlarida yo'tal quruq bo'ladi, keyinchalik qiyin ajraluvchan shilimshiq balg'am bilan yoki yiring aralash shilliq yoki yiringli balg'am ajralishi bilan bo'ladi. Tana harorati ko'tarilishi, holsizlik, ish qobiliyati pasayishi, tumov, bosh og'riqlari bezovta qiladi. Yo'tal sovuq iqlimda, namlik yuqori bo'lganda kuchayib, va aksincha issiq iqlimda susayadi. Bemorlarda tez charchash, holsizlik, ish qobiliyatini pasayishi, terlash asosan kechqurun (ho'l yoki nam yostiq simptomi). Emfizema hamda bronxoobstruktiv sindromda nafas olish chastotasi ko'payadi, ekspirator hansirash, nafas yetishmovchiligi rivojlanadi hatto nafas siqilishi kuzatilishi mumkin.

Surunkali bronxitlarda palpator va perkutor o'zgarishlar xarakterli emas. Bemorlar auskultatsiya qilinganida qattiq (dag'al) nafas hamda quruq xriillashlar eshitiladi. Yo'tal bilan birga balg'am ajralganda nam xriillashlar eshitiladi (katta, o'rta, kichik kalibrli nam xriillashlar) ko'pincha nafas chiqarish fazasida.

Differensial tashxisi. Surunkali bronxitni o'choqli zotiljamdan farqlashda ko'krak qafasini rentgenologik yo'l bilan tekshirish muhim rol o'ynaydi. surunkali bronxitda rentgenogrammadagi o'zgarish o'pka o'zaklari kengayishi va rasmini kuchayishi kuzatiladi. O'tkir o'choqli zotiljamda esa, o'pkaning shamollagan qismida soya ko'rinadi.

Qon tahlilida-leykotsitoz, EChTning oshishi. Balg'am analizida- mikroorganizmlar, leykotsitlar, eritrotsitlar, epiteliylar ko'rishimiz mumkin. Rentgenologik tekshirganda ko'pchilik holatlarda o'zgarishlar ko'rmaymiz. Ba'zanda emfizema rivojlanganda o'pka o'zagi va rasmini kuchayganligini va ularni deformatsiyasini ko'rishimiz mumkin. Bronxografiyada bronxoektazlarni aniqlash mumkin. Bronxoskopiyada shilliq qavatning holati yani undagi shish, qizarish, shilliqli balg'am ko'rishimiz mumkin va kerak bo'lsa biopsiya olinadi hamda gistologik, tsitologik tekshiruv olib boriladi.

Kasallikni kechishi-uzoq muddat va to'liqinsimon kechib, kasallik xuruji remissiya bilan almashinib keladi. **Asopoti**-o'pka emfizemasi, o'pkada dimlanish, o'pka – yurak etishmovchiligi, o'tkir pnevmoniya, bonxoektaz kasalliklari rivojlanadi. Bemorlarda bronxoobstruktiv sindromi rivojlangan bo'lsa bronxial astma rivojlanishi ham mumkin.

Davolash. Ko'p miqdorda issiq qaynoq ichimliklar (asal, lmimon, malina murabbosi bilan choy). Balg'am ko'chishini engillashtirish uchun mukolitiklar (termopsis qaynatmasi va nastoykasi, mukaltin, bromgeksin, ingaliyatsiyada 2% natriy gidrokarbonati). Tabletkalar libeksin, kodelak. Siroplar (pertussin, bronxolitin, lazolvan, ambrokol, inspiron). Antibiotiklardan-penitsillin, ampitsillin, (0,5x4p), eritromitsin 0,25x4p, baktrim (biseptol), tsiprofloksatsin 0,5x4p, klavul 500 mr. Antigistamin preparatlari (suprastin, tavegil, loratal, ketotifen, fenkarol va h.k.). Kaltsiy glyukonat, kaltsiy xlor 10%-5-10,0 v/v. Bronxoobstruktiv sindromlarda bronxlarda o'tkazuvchanlikni yaxshilash maqsadida betta adrenomimetiklar (oksiprenalin sulfat, astmopent, fenoterol, berotek, salbutamol), spazmolitik preparatlardan papaverin 2%-2,0-4,0; eufillin 2,4%-5,0-10,0 v/v, remissiyadan so'ng sanatoriya va kurortlarda davolanish tavsiya etiladi.

Kasallikning profilaktikasi. Organizmni chiniqtirish, sport bilan shug'ullanish, chekishga, ichishga qarshi kurash olib borish, surunkali infeksiya o'choqlarini sanatsiyasi (sinusit, tanzilit, gaymarit, tishlar kariyesi va h.k.), agarda kasallik kasbi bilan bog'liq bo'lsa ish sharoitini, ishini o'zgartirish tavsiya etiladi.

O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi.

O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi (O'SOK) surunkali va sekin kuchayib boruvchi kasallik bo'lib, bronxial daraxtlarda qaytmas yoki balg'am kochiruvchi vositalar tasirida qisman qaytar obstruktiv jarayonlarini rivojlanishi bilan kechadigan holatdir. O'SOK ikkita patologik jarayonni yani surunkali bronxit obstruktsiya bilan kechganda hamda o'pka emfizemasini o'z ichiga oladi. Ana shu kombinatsiyada

uchragan kasallik har qaysi bemorda har xil darajada kechadi. O'pka emfizemasi surunkali bronxit bilan bog'liqdir. Surunkali bronxitda yallig'lanish jarayonida bronxlarda obstruksiya kuzatiladi. Bu atsinuslarning markaziy sohalarida elastic to'qima (alveollalar) ning destruksiyasiga olib keladi. Bu holatda **ikkilamchi** emfizema yuzaga keladi. α_1 – antitripsinning genetik etishmovchiligi **birlamchi** panatsinar o'pka emfizemasi rivojlanishiga olib keladi.

O'SOK o'tgan davrda ham hozirgi kunlarda ham asosiy muammolardan biri bo'lib qoladi va kasalliklar orasida asosiy o'rinni egallaydi. Bu kasallik dunyo boyicha oxirgi yillarda o'sib bormoqda, shuning uchun ham ushbu kasallik tibbiy jihatdan ham va ijtimoiy jihatdan ham ahamiyatlidir. **O'SOK** hayot sifatini pasaytirib, bemorlar orasida nogironlikni va o'limni ko'payishiga olib kelmoqda.

Etiologiyasi. **O'SOK**ning etiologic omillarini ikki guruhga bo'lish mumkin (infeksion 55-60 % holatlarda va noinfeksion 40-45%). Tashqi, noinfeksion omillarga atmosfera havosining har xil sanoat chiqindilari bilan ifloslanishi, turli xil turdagi isitgichlar yonilg'i maxsulotlari, ko'pgina turdagi gazlar chiqindilari, uydagi va ko'chadagi chang maxsulotlari, tamaki tutunlarini kiritish mumkin. Infeksion omillarga bakteriyalar va viruslarni roli **O'SOK**ning rivojlanishiga kattadir. Chekuvchilar orasida qaytmas obstruksiya tez rivojlanadi. **O'SOK**da chekuvchilar orasida hansirash 10-15 yil oldin paydo bo'ladi, o'rtacha 40 yoshlarda. Adabiyotlarda yozilishicha Bronx giperreaktivligi va E giperimmunoglobulinemiyasi hamda chekish **O'SOK** rivojlanishini tezlashtirar ekan. Uzoq yillar davomida chekish mukotsiliar apparatning drenaj funksiyasini susaytiradi, ikkinchi tomondan tabak maxsulotlari tutuni va boshqa yuqorida aytilgan zararli tasurotlar bronxlar shilliq qavatini gepersekretsiyasiga olib keladi. Bu o'z navbatida qadoqsimon hujayralarni ko'payishi hisobiga va ularni shilliq sekretni meyorga nisbatan (100-150 ml) ko'p miqdorda ishlab chiqarishi va kipriksimon hujayralarni kamayishi va egiluvchanlik xususiyatini meyorga nisbatan (1 sekundda 15 marta egiladi) pasayishi hisobiga yuz beradi. Ko'p miqdorda ishlab chiqarilgan shilliq sekretni reologik xususiyati ham o'zgarib, quyuq va yopishqoq bo'lib qoladi. Meyorda sog'lom kishilarda shilliq sekret 1 minutda 10 mm harakatlanishi kerak, quyuq va yopishqoq bo'lib qolgan shilliq sekret harakati patologiyada susayadi. Yopishqoq va quyuq balg'am va tabak maxsulotlari tutuni, sanoat chiqindilarini zararli tasiri, bakteriyalar hamda viruslar toksinlari tsiliar hujayralar va respirator traktning himoya funksiyasida ahamiyati katta bo'lgan kipriksimon epiteliylari faoliyatini susaytiradi. Bu hujayralar faoliyatini susayishi Bronx shilliq qavatida ko'p miqdorda mutsinlarni reabsorbtsiyasi bilan bog'liqdir. **O'SOK** ning xuruji respirator tizimda yallig'lanish jarayonlarini rivojlanishi bilan kechadi, bu esa bronxlarda havo o'tishini qiyinlashtiradi hamda klinik belgilarini yuzaga chiqishiga olib keladi (Cалаева). Malumki bronxlarning shilliq balg'andan tozalanishi uning reologik xususiyatidan va kipriksimon epiteliylarni koordinatsion ishidan hamda bronx devorining silliq mushaklari qisqarishi bilan bog'liq. **O'SOK** rivojlanishiga professional hayotdagi noqulay sharoitlar, ishtimoiy va iqtisodiy sharoitlar, iqlim, (tuman va namlikning yuqoriligi) ning ham ahamiyati katta. Professional noqulayliklardan asosan kadmiy va kremniy changlarining ahamiyati katta, paxta, bug'doy va qog'oz, ko'mir, kvarts, tsement changlarini ham etibordan qochirmaslik kerak. Amiak, xlor, kislota, oltingugurt anhidridi, fosgen, gaz va elektrosvarka gazlari va parlari kabi zararli omillarning ham kasallik rivojlanishiga ahamiyati katta. Ish joyidagi yuqori harorat, shamol (skvozniyak), yuqori namlik va past harorat kasallikni xurujini tezlashtiradi. Kasallik sezon xarakterga ega bo'lib xuruji kopincha namlik baland bo'lganda, ko'pincha qish va bahorda kuchayadi. **O'SOK**dan o'lim ko'pincha qishda yuzaga keladi. Uzoq davom etuvchi virusli, zamburug'li surunkali bronxitni to'liq davolamaslik **O'SOK** ni rivojlanishiga olib keladi.

Etiologic omillarni tashqi va ichki omillarga bo'lish mumkin. Ichki omillarga α_1 antitripsinning tanqisligi, chala tug'ilish, qondagi immunoglobulin E miqdorini ko'pligi, bronxlar giperreaktivligi, irsiyatni kiritish mumkin. Ehtimoliy omillarga qon guruhi A(II), immunoglobulin A ning yo'qligini kiritish mumkin. Qolgan barcha yuqorida sanalgan omillar tashqi omillarga kiradi.

O'SOK patofiziologiyasi. kasallik kechishida mukotsiliar disfunktsiya va struktur o'zgarishlarni ahamiyati kattadir. Mukotsiliar disfunktsiyaga qadoqsimon hujayra giperplaziyasi hisobiga balg'am gepersekretsiyasi, uning qovushqoqligini oshishi, uning transportini pasayishi kabi o'zgarishlarni kiritish mumkin. Yallig'lanish natijasida neyetrofillar emigratsiyasi kuchayadi, makrofaglar (monotsit), CD8 (interleykin 8), limfotsitlar yig'iladi, semiz hujayralar shikastlanib ulardan biologic aktiv moddalar ajralib chiqadi, bu bronx kapilyarlari o'tkazuvchanligini oshirib shilliq qavatni shishiga olib keladi, proteazalar va antiproteazalar tizimi, oksidativ va antioksidativ tizimi o'rtasida disbalans vujudga keladi. Struktur o'zgarishlarga bronxlar shilliq qavati shikastlanishi, shishi, ularda qadoqsimin hujayralar giperplaziyasi va kipriksimon hujayralarni kamayishi, bronx silliq mushaklarini gipertrofiyasi, shilliq qavat bezlari gipertrofiyasi, nafas yo'llarida fibrozli

ozgarishlar, alveolalar obstruksiyasi va destruksiyasi, nafas yo'llarida fibroz kabi o'zgarishlar yuz beradi. Shular bilan birga tizimli o'zgarishlar emfizematoz tipida tana massasining kamayishi yoki bronxitik tipida tana massasining ortishi, nafas olishda ishtirok etuvchi mushaklar faoliyatini buzilishi, bronxlarni silliq mushaklari qisqarishi (spazmi), parasimpatik nerv tizimini boshqarilishi buzilishi (mushaklarni spazmga olib keladi), o'pka to'qimasi elastikligini buzilishi ham sodir bo'ladi. **Xulosa qilib aytganda reparatsiya jarayonlari pasayib, alteratsiya jarayonlari kuchayib boradi.**

Kasallikning patogenezi. Kasallikni rivojlanishiga o'pkadagi mahalliy himoya jarayonlarini ahamiyati katta va ularni spetsifik va nospetsifik mexanizmga bo'lish mumkin. Alveolyar makrofaglari tomonidan amalga oshiriladigan fagotsitoz jarayoni nospetsifik mexanizmdir. Mahalliy spetsifik himoya jarayonlariga esa mukotsiliar apparat - kipriksimon hujayra faoliyati va shilliq sekretning reologik xususiyati kiradi; gumoral zveno – immunoglobulinlar, lizotsim, laktoferrin, antiproteaza, complement va interferon; hujayra zvenosiga – alveolyar makrofaglar, neytrofillar, limfotsitlar va b.q. kiradi. Bular eng asosiy vazifani mukotsiliar apparatdir va respirator traktida himoya funksiyasini bajaradi. Chunki bronxlarni shilliq sekret dan tozalash bronxlardagi shilliq sekret reologik xususiyatiga, kipriksimon epiteliylarning funksiyasi va bronx daraxtining silliq mushaklari qisqarishiga bog'liq.

Yuqorida aytganimizdek uzoq yillar davomida chekish mukotsiliar apparatning drenaj funksiyasini susaytiradi, ikkinchi tomondan tabak maxsulotlari tutuni va boshqa yuqorida aytilgan zararli tasurotlar bronxlarni shilliq qavatini gepersekretsiyasiga olib keladi. Ko'p miqdorda ishlab chiqarilgan shilliq sekretni reologik xususiyati ham o'zgarib, quyuq va yipishqoq bo'lib qoladi. Yopishqoq va quyuq balg'am va tabak maxsulotlari tutuni, sanoat chiqindilarini zararli tasiri, bakteriyalar hamda viruslar toksinlari tsiliar hujayralar va respirator traktning himoya funksiyasida ahamiyati katta bo'lgan kipriksimon epiteliylari faoliyatini susaytiradi. Shilliq sekretni reologik xususiyati o'zgarishi bilan uning tarkibi ham o'zgaradi. Sekret tarkibida mikroblarga va viruslarga qarshi bo'lgan nospetsifik immunitet komponentlari miqdori pasayadi. Bular interferon, laktoferrin va lizotsim hamda sekretor immunoglobulin A lardir. Bular hammasi mukotsiliar transportni buzilishiga, mukotsiliar etishmovchilikka, bronxlarda shilliq sekret to'planishiga va mikroorganizmlarni ko'payishiga olib keladi.

Mukotsiliar transportni buzilishi hisobiga yallig'lanish jarayoni kuchayadi, neytrofillar emigratsiyasi yuzaga keladi, ularni faollashtiradi. Faollashgan neytrofillardan nafas yo'llarida kislorodning erkin radikallari (superoksid, vodorod peroksidi, gipoxlorit kislota) hosil bo'ladi.

O'SOK da emfizemaning rivojlanish mexanizmi.

Terminal bronxiolalarni tarmoqlanishi atsinus deb yuritiladi. Mana shu terminal bronxiolalarda shilliq sekret to'planishi natijasida alveolalarda qoldiq havo hajmi ko'payib va alveolalarda bosim ortib, ular cho'ziladi. Surunkali yallig'lanishlarda terminal bronxiolalarda neytrofillar to'planadi va bulardan proteaza, elastaza, L-laktaza, ximotripsin, ribonukleaza fermentlari ajraladi. Ushbu fermentlar o'pkaning elastic to'qimalarini shikastlab tsentratsinar emfizema rivojlanishiga olib keladi. Meyorda bu fermentlarga qarshi antiproteaza fermentlari α_1 antitripsin ishlab chiqariladi va bu ferment yuqoridagi fermentlar tasirini bartaraf qiladi, va aksincha etishmovchiligi yuqoridagi o'zgarishlarga olib keladi.

Panatsinar emfizema antiproteaz aktivligi sust bo'lgan kishilarda rivojlanadi. Buning patogenezi α_1 antitripsin genetik tanqisligi yotadi. Bu elastazaning ingibitori (α_1 antitripsin) etishmovchiligi yallig'lanish bo'lmasa ham o'pka elastic to'qimalari parchalanib emfizema rivojlanadi (alveolalar soni kamayadi). Alveolalar sonini kamayishi hisobiga proportsional ravishda gazlar almashinuvida ishtirok etuvchi kapilyarlar soni ham kamayadi. Bu esa sog'lom o'pkada qonni qayta taqsimlanishiga olib kelib, ventilyatsion-perfuzion buzilishlarga olib keladi. Buning natijasida arteriolalarda oksigenatsiya pasayadi, organizmda kislorod ocharchiligi vujudga keladi, qonda CO₂ miqdori ortadi. Bu ventilyatsion-perfuzion buzilishlar O'SOK ning asosiy elementlaridan biri hisoblanadi. Surunkali gipoksiya kompensator eritrotsitozga olib keladi, qon quyuqlashadi, qovushqoqligi oshadi, mikrotsirkulyatsiyani ikkilamchi buzilishi vujudga keladi. Ventilyatsion-perfuzion buzilishlar yanada kuchayib ketadi. O'pkadagi kapilyarlar soni kamayishi hisobiga yurakda o'ng qorinchada bosin ortadi, mushaklar zo'riqish bilan ishlaydi va o'ng qorincha gipertrofiyasi yuzaga chiqadi, keyinchalik bu yurak etishmovchiligiga olib keladi. O'pka yurak vujudga keladi.

Patomorfologik o'zgarishlar. Bronxlarni shilliq qavatida yassi hujayrali epiteliylar metaplaziyasi, bronx devori qalinlashishi va bronxlarda sklerotik o'zgarishlarni hamda bronxlarda deformatsiya va bronxoektaz rivojlanadi. Mikroskopik tekshirganda kataral va yiringli yallig'lanish belgilarini ko'rish bilan birga, bronx bezlarida kistali o'zgarishlar, qadoqsimon hujayralar ko'payib, kipriksimon hujayralar kamayadi, plazmatik epiteliylarni ko'p

qavatli yassi epiteliylarga metaplaziyasini ko'rish mumkin. Kapilyarlar aro bo'shliq kengayadi, kapilyarlar bo'shaladi va alveolyar-kapilyar blok rivojlanadi.

Nafas yo'llaridagi obstruktiv jarayonlarni O'SOK o'zagi desa bo'ladi, bu jarayon qaytar va qaytmas bo'lishi mumkin.

t/r	Qaytar jarayon	Qaytmas jarayon
1	Bronxlarni silliq mushaklari torayishi va qisqarishi (Bronxolitiklar tasirida bartaraf bo'ladi)	O'pka stromasi (alveolalar) elastic to'qimasi proteolitik destruktivsiyasi
2	Bronxlardagi gipersekretor va obturatsion jarayonlar (mukostaz) (Balg'am dori vasitalar bilan bartaraf qilinadi)	O'pka fibrozi
3	Bronxial daraxtlar shilliq qavatini yallig'lanishdan keyingi shishi	Bronxlarni deformatsiyasi va obliteratedsiyasi (bronxoektaz), alveolalar destruktivsiyasi (emfizema)

Kasallikning kechish darajasiga qarab tasnifi (klassifikatsiyasi) (GOLD, 2003)

I-engil daraja. Yo'tal, balg'am ajralishi kabi simptomlar bo'lishi yoki bo'lmasligi ham mumkin.

OFV1 $\geq$ 80% kerakli miqdordan, OFV1/FJYL $<$ 70% bo'lganda.

II-o'rta og'ir daraja. Yo'tal doimiy va ertalablari rivojlangan, balg'am chiqishi qiyin, hansirash biroz jismoniy zo'riqishda yuzaga chiqadi.

50% $\leq$ OFV1 $<$ 80%, OFV1/FJYL $<$ 70%.

III-og'ir daraja. Doimiy yo'tal, balg'am, hansirash.

30% $<$ OFV1 $<$ 50%, OFV1/FJYL $<$ 70%.

IV-o'ta og'ir daraja. Doimiy yo'tal, balg'am, hansirash.

OFV1/FJYL $<$ 70%. OFV1 $<$ 30% yoki OFV1 $<$ 50% surunkali nafas etishmovchiligi yoki o'ng qorincha etishmovchiligi bilan birga kelganda qo'yiladi.

Kasallikning klinikasi. Bemorlarni asosan yo'tal, kuchayib boruvchi ekspirator hansirash, hushtaklovchi nafas bilan birga balg'am ajralishi bezovta qiladi. Kasallik boshlang'ich bosqichlarida xuruj havoni harorati tushgan vaqtlarda yani ko'proq qishga to'g'ri keladi. Bemorlarda 40 yoshlardan so'ng yo'tal paydo bo'ladi, boshlanishida quruq va keyinchalik yo'talganda qiyinchilik bilan kam miqdorda asosan ertalablari balg'am ajraladi. Balg'am shilliqli-yiringli xarakterga ega. Kasallik kuchayishi bilan yo'tal ham ko'payadi, yo'tal allergiyalar bilan bog'liq emas. O'n yillar o'tgandan so'ng hansirash bezovta qila boshlaydi va yillar o'tishi bilan kuchaya boradi. Kasallik boshlanishida hansirash jismoniy zo'riqishda yuzaga kelsa, keyinchalik tinch holatda ham bo'ladi. Hansirash changda, sovuqda, nafas yo'llari tasirlanganda kuchayadi.

O'SOK ning oddiy asoratlanmagan xuruji deb yuritish – bu onda sonda bir xuruj (yil davomida IV martadan kam) bo'lganda va 65 yoshgacha bo'lgan bemorlarda, hamroh kasalliklar bo'lmaganda, kam miqdorda (yengil) bronx o'tkazuvchanligi buzilishi bo'lgandagina hisoblanadi (obyom forsirovannogo vidoxa za 1sek-OFV1 $>$ 50% kerakli miqdordan.).

O'SOK ning asorotlangan belgilari deb hisoblanadi:

1. bemorlarning yoshi $\geq$ 65 yosh, yoki shu yosh.
2. O'pka ventillyatsion funktsiyasini kuchli buzilishi (OFV1 $<$ 50% kerakli miqdordan), va yoki shu yoshda.
3. Garchi biror bir muhim qo'shimcha kasalliklari bo'lsa (qandli diabet, yurak yetishmovchiligi, surunkali jigar va buyrak kasalliklari va ularni funktsional etishmovchiligi bilan kechganda) va yoki shu kasalliklar.
4. Yil davomida 4 yoki undan ko'proq xuruj qayt qilinganda (va yoki).
5. O'tgan 12 oy davomida xuruj bilan gospitalizatsiya qilingan bo'lsa (va yoki).
6. Tizimli glyukokortikosteroidlarni (GKS) ishlatilishi yoki mikroblarga qarshi preparatlarni o'tgan uch oy davomida qo'llanilgan bo'lsa.

MRS shkalasi bo'yicha hansirashni IV darajasi farqlanadi.

0-daraja juda kuchli jismoniy zo'riqishda hansirash bo'ladi.

I-darajada hansirash tekis yo'lda juda tez yurganda va balandlikka ko'tarilganda sodir bo'ladi.

II-daraja tekis yo'lda sekin yursa ham hansirash bo'ladi va bemor to'xtashga majbur bo'ladi, dam oladi.

III-daraja 100 metr yursa hansirash bo'ladi va bemor dam olishga majbur bo'ladi.

IV-daraja tinch holatda hansirash bezovta qiladi, bemorlar yurmaydilar va hansirash tufayli uydan chiqmaydilar.

Bemorlarda Bronx yo'llarida obstruksiya borligi tufayli nafas chiqarish fazasi uzayadi. Shu fazada quruq, baland xirillashlar eshitiladi. Shular bilan birga emfizemaning simptomlari kuchayadi.

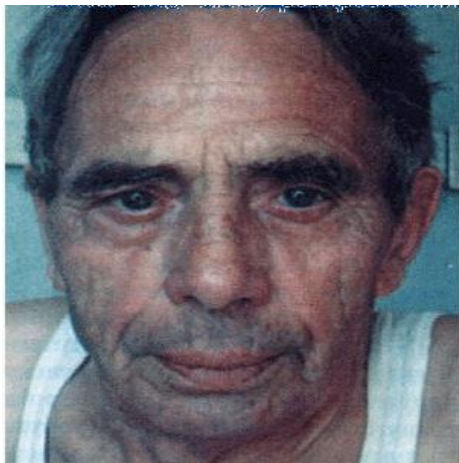
Bemorlarni ko'zdan kechirish. Bemorlarni ko'zdan kechirganda emfizematoz tipida bemorlar ozg'in, teri ranglari sarg'ish va bronxitik turida bemorlar shishgan bo'ladilar teri rangi va lablari ko'kimtir (tsianoz) dir. Bu bemorlarda o'pkada gazlar almashinuvi buzilishi bilan bog'liq bo'ladi. Ko'krak qafasi shaklini o'zgarishi (bochkasimon ko'krak qafasi), qovurg'alar aro oraliqning kengayishi, qovurg'alar gorizontal joylashadi, o'pka ekskursiyasi cheklanadi, kichik qon aylanish doirasida gipertenziya bo'lganligi tufayli bo'yin venalari pulsatsiyasini ko'ramiz.

O'SOKning qaysi turi dominantlik qilsa, shu turning klinikasi yaxshiroq rivojlanadi. Garchi emfizematoz turi dominantlik qilsa hansirash kuchli va aksincha bronxitik turida yo'tal kuchliroq rivojlangan bo'ladi. **Emfizematoz turdagi** bemorlarni "**rozoviy pxtelshik**" lar deb aytiladi (suratga qarang pastda).



Suratda O'SOKning emfizematoz turi

Bularga emfizema rivojlanganligi tufayli, gazlar diffuziyasi boradigan yuza kamaygan, shuning uchun gipoksiya dominantlik qiladi. Bemorlar ozg'in, ranglari sarg'aygan bo'ladi. Yo'tal quruq, bazanda kam miqdorda quyuv, qovushqoq balg'am ajralishi mumkin. Bemorlar jismoniy zo'riqishni ko'tara olmaydilar. Bu bemorlarda ventilyatsion-perfuzion buzilishlar bo'lganligi tufayli nafas etishmovchiligi kuchayadi. Palpatsiyada ovoz dirillashi susaygan va perkussiyada qutichasimon tovush bo'lishi mumkin. Bemorlar auskultatsiya qilinganda susaygan nafas eshitiladi. Anamnezida hansirash barvaqt (30-40 yosh), yo'tal kam, hansirash rivojlangan, zo'riqishda tolerantlik rivojlangan, o'ng qorinchali yurak etishmovchiligi kechroq rivojlanadi. Rentgenologik tekshirganda o'pka maydoni yorug', diafragma pastga tushgan, yurak osilgan (kapelnoe serdtsa), o'ng qorincha gipertrofiyasi bo'lishi mumkin. Nafas olishda qarshilik unchalik kuchaymagan, umumiy o'pka hajmi ko'paygan, o'pka qoldiq hajmi juda ko'paygan, gipoksemiya faqat zo'riqqanda, giperkapniya yo'q, eritrotsitoz yo'q, gematokrit meyorda. O'pkada qaytmas obstruksiya kuchli. **Bronxitik turdagi** bemorlarda, bronxlarda gipersekretsiya yuzaga keladi. Bu o'z navbatida nafas olish va chiqarishni qiyinlashtiradi. Alveolalarda kislorod miqdori kamayadi, natijada perfuzion-diffuzion buzilishlar vujudga keladi. Qonda CO2 ko'payishi hisobiga teri rangi ko'karadi. Bunday toifadagi bemorlarni "**ciniye otyochniki**" deb yuritiladi.



Bemorlarni asosan yo'tal bezovta qiladi, ko'p miqdorda balg'am ajraladi, bu toifadagi bemorlar semiz bo'lalilar. Bu bemorlarda diffuz pnevmoskleroz, kapilyarlar ichi obliteratedsiyasi, o'pka gipertenziyasi, gipoksemiya va eritrotsitoz tezda o'pka-yurakka olib keladi hamda yurak faoliyatiga dekompensatsiya vujudga keladi. Palpatsiyada ovoz dirillashi kuchaygan va perkussiyada bo'g'iqroq tovush bo'lishi mumkin. Bemorlar auskultatsiya qilinganda dag'al nafas va xirillashlar eshitiladi. Anamnezida barvaqt yo'tal bo'lib 50 yoshlardan song hansirash bo'ladi, zo'riqishda tolerantlik biroz rivojlangan, o'ng qorinchali yurak etishmovchiligi barvaqt rivojlanadi. **Pikfloumetrik tekshirish usuli** bu metod 1 cekundda nafas chiqarish maksimal tezligini aniqlashdan iborat. Maksimal nafas chiqarish tezligi 460 ga teng. Bu 95% ni tashkil qiladi. Meyorda bu ko'rsatkich 80-100% kerakli hajmdan tashkil qiladi. Patsiyentlar da 80-100% bo'lsa yashil; 50-79% sariq va 50% dan kam bo'lsa qizil signal bo'ladi. Bemorlarga sutkalik monitoring o'tkaziladi va quyidagi formula orqali aniqlanadi. Ertalabki va kechqurungi monitoringni eng kattasi olinadi. Variabellik=PSVkech-PSVert X 100% yoki 540-470 X 100% = 70 X 100%=20%

$$\frac{1}{2}(\text{PSVkech}+\text{PSVert})$$

$$\frac{1}{2}(540+470)$$

$$550$$

Variabellikni 20% dan ko'payishi bronxlar giperreaktivligidan dalolat beradi va bu bronxial astmadan dalolat beradi. Bazanda provakatsion probalar(qo'zg'atuvchi) o'tkaziladi.

Rentgenologik tekshirganda fibrozli-sklerotik o'zgarishlar bilan birga, o'ng qorincha gipertrofiyasi o'pka arteriyalari kengayishi mumkin. Rentgenologik tekshirganda- o'pkadagi dimlanish holatlarini ko'rishimiz mumkin. A. pulmonarisni konussimon shishi (kengayishi). Bronxoektaz yoki emfizemaga xos o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Nafas olishda qarshilik kuchaymagan, umumiy o'pka hajmi meyorda yoki kamaygan, o'pka qoldiq hajmi ko'paygan, gipoksemiya bo'ladi, giperkapniya bo'ladi, eritrotsitoz bor, gematokrit rivojlangan. O'pkada obstruktsiya kuchli.

Laborator tekshirish-qonda kompensator eritrotsitoz, leykotsitoz, EChT biroz oshishi mumkin. Balg'am shilliqli-yiringlidir. Tarkibida neytrofillar, makrofaglar bo'ladi.

EKGda-o'ng qorincha gipertrofiyasini ko'rishimiz mumkin.

Kasallik xurujida yiringli balg'am paydo bo'ladi va ko'payadi, hansirash kuchayadi, o'pkada xirillashlar kuchayadi, ko'krak qafasida og'irlik hissi paydo bo'ladi, organizmda suyuqlik saqlanadi.

Differentsial diagnostika. Pnevmoniya, pnevmotoraks, o'pka raki, yuqori nafas yo'llari obstruktsiyasi, chap qorincha etishmovchiligi (o'pka shishi), o'pka arteriyasi tromboemboliyasi bilan o'tkaziladi.

Tashqi nafas funktsiyasi ventilyatsiyasining obstruktib tip buzilishi bo'lib, maksimal nafas chiqarish tezligi pasayishi kuchayib boradi. Bu nafas yo'llarida qarshilik ortishi bilan bog'liq va gazlar almashinuvi buziladi. Tashqi nafas funktsiyasini o'rganishda ЖЕЛ, ПСВ, ФЖЕЛ, ОФЧ1, МСВ 75, 50, 25. bularni o'rganish o'pkani funktsional diagnostikasida ahamiyati katta. Meyorda OFV1-80% dan ko'p bo'lishi kerak. OFV1 meyorda bo'lsa O'SOK tashxisini inkor qiladi. OFV1 80% dan past bo'lsa, OFV1 = 70 % dan past bo'lsa bronxlarda obstruktsiya

JYLborligidan dalolat beradi. Kasallik

kuchayib borib yiliga 50 ml ga OFV1 kamayib boradi.

O'SOKning kechishining klinik xarakteristikasi.

Kasllik simptomlari	Bronxitik turi	Emfizematoz tipi
Asosiy simptonlarning munosabati	Yo'tal> hansirash	Yo'tal <hansirash
Bronxial obstruktsiya	rivojlangan	Rivojlangan
O'pkaning giperinfilyatsiyasi	Biroz rivojlangan	Kuchli rivojlangan
Teri qoplamimi rangi	Diffuz tsianoz	Sarg'aygan (rozovo-seriy)
Yo'tal	Balg'am gipersekretsiyasi bilan	Kam maxsulotli
O'pkadagi Rentgenologik o'zgarishlari	Diffuz pnevmoskleroz	O'pka emfizemasi
O'pka yurak	O'rta va keksa yoshda, barvaqt dekompensatsiya	Keksa yoshda, dekompensatsiya kechroq
Politsitemiya, eritrotsitoz	Ko'p uchraydi, qonning qovushqoqligi oshgan	Xarakterli emas
Kaxektsiya	Xarakterli emas	Xarakterli, ko'p uchraydi
Shish (semirish)	Xarakterli	Xarakterli emas
Funksional buzilishlar	Nafas va YQT kasalliklari etishmovchiligi kuchayishi	Nafas etishmovchiligi YQT tizimi etishmovchiligidan ustunlik qiladi.
Gazlar almashinuvi buzilishi	PaO ₂ <mm.sim.ust teng; PaCO ₂ >45mm.sim.ust teng;	PaO ₂ <mm.sim.ust teng; PaCO ₂ <45mm.sim.ust teng;

Kasallikning kechishi. Kasallik uchun o'tkir boshlanishi xarakterli emas, ammo sekin kuchayib boradi. Yo'tal ko'payadi, shilliqli yoki yiringli balg'am ajralishi ko'payadi, hansirash kuchayib boradi. 25-30 yillar o'tganda og'ir nafas etishmovchiligi yuzaga chiqadi. Bemorlar og'ir nafas etishmovchiligidan, surunkali o'pka yurak etishmovchiligidan, o'pka arteriyasi tromboemboliyasidan, spontan pnevmotoraks va qo'shimcha kasalliklardan vafot etadilar. Kasallik prognozini aniqlash uchun bronxial obstruktsiyani aniqlash lozim. Buning uchun OFV1 aniqlash kifoyadir. OFV1 yosh o'tishi bilan bazilarda chekmaydiganlar uchun 30ml va chekuvchilar uchun 45ml kamayishi mumkin. OFV1 ning yiliga 50 mldan kamayishi kasallik xurujini kuchayishidan (kasallikog'irlashganligidan) dalolat beradi.

Davolash. Davolashning asosiy printsiplari.

1. qisqa tasir qiluvchi bronxodilyatatorlar.

2. uzoq tasir qiluvchi bronxodilyatatorlar.

3. ingalatsion glyukokortikosteroidlar (IGKS) (O'SOK 3-4 bosqichda).

4. uzoq tasir qiluvchi bronxodilyatatorlar bilan IGKS larni birgalikda berish.

5. antileykotrien preparatlardan berish.

O'SOK larini davolash uchun birinchi navbatda; 1. kasallik rivojlanishini va kuchayishini oldini olish. Chekishni va zararli omillarni bartaraf qilish.

2. yallig'lanishni davolash, bronxial obstruktsiyani bartaraf qilish, umumiy va mahaliy immunitetni kuchaytirish. Bronxolitik terapiya. Antixolinergik moddalar, β_2 simpatomimetiklar, teofillin 400-600mg-gemodinamik effekti bor, ishemiyaga uchragan zonada perfuziyani yaxshilaydi, o'pka tomirlarida qarshilikni kamaytiradi. Ingalatsion bronxolitiklar (M-xolinoblokatorlar (bronxolitik tasirga ega, nojo'ya tasiri kam, biologic membranalargdan kam so'riladi)-ipratropium bromide 160-320mg (atrovent)). Bular effect bermasa betta 2 agonistlar-bular bronxlarni kengaytirish xususiyatiga ega (salbutamol, feneterol (berotek, berodual), terbutalin). (M-xolinoblokatorlar va betta 2 agonistlar kombinatsiyada berilsa samarasi yaxshiroq.

Glyukokortikoidlar-metilprednizolon 16-32mg, prednizolon 20-40 mg. Tabletkada uzoq muddat berilmaydi, chunki garmonga tovbe bo'lib qolish mumkin. Antibacterial terapiya; 1. O'SOKning I tipdagi xurujli bemorlarda.

2. O'SOKning II tipdagi xurujli bemorlarda va bemorlarda yo'talganda yiringli balg'am ajralishi bo'lsa.

3. O'SOKning og'ir xurujli bemorlarda tavsiya etiladi. Buning uchun (penitsilin, tsefalosporin qator va makrolidlar) yiringli balg'am bo'lganda, intoksikatsiya bo'lganda tavsiya etiladi. Bronxial secret (balg'am) ni bakteriologik tekshirgandan so'ng mikroorganizm topilsa 7-10 kunga tavsiya etiladi, viruslar topilsa virusga qarshi preparatlar (remantadin, midantan) beriladi. Mukolitik terapiya-N-atsetilsistein, ATsTs(AIIL),

mukosolvin, ambroksol, bronxolitin, bromgeksin, inspiron 80 mg dan 2 mahal ovqatdan oldin, lazolvan tavsiya etish mumkin.

Fizioterapevtik davo-pastural drenaj-30 ml ko'p balg'am ajralsa tavsiya etiladi.

O'tkazishdan 30 min oldin bronxlarni kengaytiruvchi va balg'am ko'chiruvchi dorilarni qabul qilish kerak.

Bemorlar drenaj holatni qabul qilishi kerak, buning uchun bemorlar ko'krak qafasini 20-30 gradus burchakda gorizontal holatdan yuqoriroqda saqlaydi.

Bemor o'zi har xil holatlarni egallaydi, nbalg'am ko'chishi yaxshi bo'lishi uchun. Har bir pozitsiyaga bemor 5-15 daqiqa turishi kerak. Drenaj kuniga 2 mahal qilinadi va sutka davomida xuruj davrlarida 4 martagacha bajariladi.

Perkussiyali va vibriomassaj. Bu davo usuli yo'tal chaqirib balg'amni ko'chiradi va nafas chiqarishda bajariladi. Maqsad bronx devorlaridan balg'amni ko'chirishni yaxshilash va ularni yirik bronxlarga chiqarish(harakatlantirish).

Vibratsiya bemorlarni silkitgandan (pokalachivaniya) so'ng, faqat nafas chiqarish fazasida o'tkaziladi. Vibratsiya 1 min atrofida qilinadi.

Bemorlarni silkitish faqat 45 gradus o'tirgan holatda bajarilib, faqat qovurg'a ustidan uriladi kaft bilan, boshqa joydan mumkin emas. 1 minut davom ettiriladi.

Qarshi ko'rsatma keksa yosh, uzoq muddat garmonal dorilarni qabul qilgan bo'lsa va osteoporozi bo'lsa.

Geparin berish mumkin-mukolitik va allergiyaga qarshi tasir qiladi.

Yallig'lanishga qarshi fitoterapiya-piyoz va sarimsoq soko, evkalipt nastoykasi.

Tez-tez xuruj qiluvchi O'SOK lariga immune tizimni kuchaytiruvchi levamizol, T-aktivin, timalin mushak orasiga yuborish mumkin.

α_1 antitripsin tanqisligi bilan kechadigan bemorlarda sutkada 60 mg/kg α_1 antitripsin vena ichiga yuboriladi.

3. Doimiy retsidivga qarshi davo choralarini ko'rish. Bronxoobstruktiv sindrom bo'lganda ingalatsion glukokortikosteroidlar (beklametazon, budesonit, flutikazon propionate, mometazon furoat, tsiklesonid va b.q.).

Uzoq tasir qiluvchi ingalatsion β_2 agonistlar (salmeterol, terbutalin, formoterol va b.q.).

Ingalatsion glyukokortikosteroidlarni bronxodilyatatorlar bilan birgalikda (qo'shib) berish.

Antixolinergik preparatlardan – ipratropiy bromide berish.

Qisqa tasir qiluvchi teofillin-2 qator preparatlar.

Antileykotrien prepapatlar (montelukast, pranlukast, zafirlukast).

Fenspirid (incpiron 80 mg-2m ovqatdan oldin).

4. Kasallikni asoratini davolash-o'pka, o'pka-yurak etishmovchiligi bo'lganda-oksigenoterapiya qilinadi kislorodni portsial bosimini saqlash uchun va opkani suiy ventilyatsiyasi PaCO₂ kamaytirish maqsadida hamda qonda pH tushib ketisa uni meyorda keltirish uchun. O'pka kapilyarlarida gipertenziya bo'lganda uzoq tasir qiluvchi nitratlar, kaltsiy antagonistlari-nifedipin, yurak glikozidlari, saluretiklar-ong va chap qorincha etishmovchiligiga, verospiron-o'ng qorincha etishmovchiligiga.

Fizioterapiya-ko'krak qafasiga UFO, ultrazvuk, UVCh, induktotermiya tavsiya betiladi. Massaj, nafas gimnastikasi o'tkaziladi.

Profilaktikasi uchun sanatoriya va kurortlarda davolash-Oqtosh, Zomin, Krim, Kislovodsk va b.q.

Nazorat savollari.

Test savollarini echish;

O'tkir bronxit haqida tushuncha va etiologiyasi, patogenezi aytib bering.

O'tkir bronxitning klinik simptomlarini aytib bering.

Kasallikda kuzatiladigan patologoanatomik o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorlarni auskultativ tekshish va undagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorlarni instrumental tekshirish va undagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorlarni laborator tekshirish va undagi o'zgarishlarni aytib bering.

Surunkali bronxit haqida tushuncha va etiologiyasi, patogenezi aytib bering.

Surunkali bronxit bilan kasallangan bemorlar asosiy va qo'shimcha shikoyatlarini yig'ing.

Kasallikda kuzatiladigan patologoanatomik o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorlardagi palpator, perkutor va auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Bemorlarni instrumental laborator tekshirish va undagi o'zgarishlarni ayting.

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Belousov Yu. B., Karpov O. I., Leonova M. B., Efremenkova O. V. Kliniko – ekonomicheskaya otsenka sredstv, primenyayemix dlya profilaktiki i lecheniya ORVI. || Kachestvennaya klinicheskaya praktika. Spets. vipusk . 2002 . S . 2-24.
2. Bezlepko A.V. Protivovospalitel'naya terapiya xronicheskoy obstruktivnoy bolezni legkix //Pulmonologiya.- 2009.-№ 4. str. 85-91.
3. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.
4. Kovaleva Yu.R. Vnutrennie bolezni v voprosax i otvetax - Sankt-Peterburg. «FOLIANT»-2004 /Vnutrennie bolezni
5. Kokosov A.N. Xranicheskiy bronxit i obstruktivnaya belezni lekix. SPb,: Lan; 2002.
6. Lobzin Yu. B., Mixaylenko V. P., Lvova N. I. Vozdushno- kapelnie infektsii / Yu. V. Lobzin – S - Pb.: IKF «Foliant» .2000 . -184 s.
7. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.
8. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b
9. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b
10. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b
11. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b
12. U.B. Sharopov, F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b
13. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 532 b
14. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
15. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
16. Vandervoorde J., Verbanck S., Gijssels. et. al. Early detection of CORD: a case finding study in general practice. Respir. Med. 2007; 101: 525-530.
17. Global Initiative for Chronik Obstructive Lung Diseas (GOLD). Globalb strategy for diagnosis, management, and prevention of chronik obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. The 2009 report is available on www.goldcopd.com
18. Kraft M. Astma end chronik obstructive pulmonary disease exhibit common origins in any countri! Am J. respire. Crit. Care Med. 2006; 174: 238-240.
19. Barnes P.J. Immunology of asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Nat. Immunol. Rev. 2008; 8: 183-192.
20. Barnes P.J. Mediators of chronik obstructive pulmonary disease. Pharmacol. Rev. 2004; 56: 515-548.
21. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
22. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y

Qo'shimcha adabiyotlar

23. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laborotornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
24. Y.P.Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b
25. M.T. Abramova Gematologicheskii atlas M. Meditsina 1979 y. 320 b
26. A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnoz vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b
27. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988 y. v dvux tomax. 973b
28. Vuddi M i A. Uedan. "Praktika". Terapevticheskii spravochnik Vashingtonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
29. AbuAli Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b

30. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
31. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
32. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D. , Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
33. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
34. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru,
www.cardiosite.ru, www.consilium-medicum.ru.

O'tkir zotiljam. Bronxial astma. O'pka to'qimasi zichlashish sindromi. O'pka to'qimasi yallig'lanish kasalligi (krupoz va o'choqli pnevmoniya) bosqichlari, simptomatologiyasi, davolash. Asosiy klinik sindromlar.

Ma'ruzaning maqsadi: O'tkir zotiljam, etiologiyasi, patogenezi, patomorfologik va klinik bosqichlari. Asosiy klinik sindromlarni o'rgatish. O'pka to'qimasi zichlashish sindromini. Bronxial astma etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, o'pka to'qimasida havo ortish sindromi, bronxoobstruktiv sindromlari, ushbu holatlarda fizikal tekshirishlar to'g'risida tushuncha berish.

Tayanch atama va iboralar: otkir zotiljam, etiologiya, patogenez, quyilish bosqichi, sariq va qizil jigarlanish, sog'ayish bosqichlari, yo'tal, hansirash, crepitatsio indux, crepitatsio redux, bronxofoniya, rentgenografiya, spiroografiya, balg'amni tekshirish, to'mtoq va quticha tovush.

Asosiy savollar:

Otkir zotiljam haqida tushuncha va uning etiologiyasi, patogenezi.

O'tkir zotiljam kasalligida kuzatiladigan patomorfologik o'zgarishlar.

O'tkir zotiljam kasalligida fizikal tekshiruvlar.

O'tkir zotiljam kasalligida instrumental tekshiruvlar.

O'pka to'qimasining o'choqli qattiqlanish (OTO'Q) sindromi.

O'TO'Q sindromi alveolalarning yallig'lanishi suyuqligi va fibrin bilan to'lishi (zotiljamda), qon bilan to'lishi (o'pka infartida).

O'pka to'qimasi (bo'lagi) da biriktiruvchi to'qima o'sib borishi (pnevmoskleroz, karnifikasiya).

Bronxial astma to'g'risida tushuncha, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.

Bronxial astma kasalligida fizikal tekshirishlar.

Bronxial astma kasalligida instrumental va funktsional tekshiruvlar.

O'pka to'qimasida havo ortish sindromi to'g'risida tushuncha.

Bronxoobstruktiv sindromlari, ushbu holatlarda fizikal tekshirishlar to'g'risida tushuncha.

Krupoz zotiljam (kasalxona ichi va tashqi pnevmoniya).

Krupoz zotiljamda o'pkaning bitta yoki barcha bo'lagi yoki segmenti yallig'lanishi bo'lib, o'tkir, birdaniga boshlanishi bilan ajralib turadi hamda mikrotsirkulyatsiyani buzilishi bilan kechadigan kasallikdir, jarayon plevraga ham o'tishi mumkin.

Finlyandlar va Kokortliklarning olib borgan tekshiruvlari shuni ko'rsatdiki kasallik kelib chiqishiga rol o'ynaydigan risk omillar bular alkagolizm, immunitetning sustligi, o'pka kasalliklari, bronxial astma, yurak kasalliklari, keksa yosh (60-69 va 70 yoshdan so'ng). Yosh har 10 yoshga ulgaysa kasallik ham ko'proq uchraydi, jinsi erkak kishilar ko'proq kasallanadilar.

Etiologiyasi va patogenezi; kasallik kelib chiqishiga asosiy o'rinni infeksiyon omillar egallaydi. Bulardan asosiylari bo'lib pnevmokokklar, Fridlender diplobatsillasi, stafilokokklar hisoblanadi. Bulardan tashqari bazi omillar sovuq qotish, mukosiliar klirens buzilishi, alveolalarda surfaktantni kamayishi, opkadagi makrofaglar va neytrofillarni fagotsitar aktivligini susayishi, organizm immunitetini pasayishi, ortiqcha miqdorda doimiy alkogolli ichimliklar istemol qilib yurish, nafas yo'llarini toksik moddalar, gazlar va changlar bilan doimiy tasirlanib turishi kasallikni kelib chiqishiga ko'maklashadi. Mikroorganizmlar o'pkaga asosan havo orqali bronx yo'llaridan alveolalarga tushadi va yallig'lanish chaqiradi. Serrozli shish bo'lib, bu erda mikroorganizmlar ko'payishiga muhit yaratiladi. Yallig'langan sohada, yallig'lanish mediatorlari; gistamin, bradikinin, seratonin kabi biologik aktiv moddalar semiz hujayralardan ajralib chiqadi va alveolalar orasidagi kapilyarlarni kengaytiradi hamda ular o'tkazuvchanligini oshiradi. O'pka to'qimasida lizasomalardan lizasomal fermentlar chiqib yallig'lanish jarayonini chuqurlashtiradi. Shuni hisobiga opkada yallig'lanishning klinik belgilari yuzaga keladi.

O'pkadagi patomorfologik o'zgarishlar 4 bosqichda o'tadi.

I. O'pka kapilyarlari kengayib qonga to'lish (giperemiya) bosqichi. Bunda alveolalar orasidagi kapilyarlar kengayib, o'pka to'qimasida giperemiya paydo bo'ladi, kapilyarlarning o'tkazuvchanligi oshishi natijasida alveolalar ichida yallig'lanish eksudati to'planadi. Bu bosqich 12 soatdan 3 kungacha davom etadi.

II. Qizil jigarlanish bosqichida alveolalar va kichik bronxlardagi eksudatga qon tomirlardan eritrositlar va oqsil (fibrinogen) o'tadi. Alveolalardan havo siqib chiqarilib, fibrin bilan to'ladi. Bu bosqich 1-3 kun davom etadi.

III. Qulrang jigarlanish bosqichida eksudatda leykositlar ko'payib, kesib ko'rilganda kulrang jigarni eslatadi. Mikroskop orqali tekshirilganda pnevmokokklarni fagositoz qilgan neytrofillarni ko'rish mumkin. III bosqich -3- 6 kun davom etadi.

IV. Tuzalish bosqichi kasallikning 7-10 kunlarida boshlanadi. Bu bosqichda alveola bo'shlig'idagi fibrinlar asta erib, alveoladagi epiteliy to'qimasi ko'chib, ichida pnevmokokklari bor neytrofillarni fagotsitoz qilgan makrofaglar bilan birgalikda bronx orqali chiqa boshlaydi, eksudat sekin asta so'riladi. O'pka to'qimasi yumshayadi, ammo elastiklik holatiga tezda qaytmaydi. Bu bosqichning davom etish muddati yallig'langan sohaning kattaligiga, kasallik qo'zg'atgan mikrobnining virulentlik xususiyatiga bog'liq.

Qari, holsizlangan bemorlarda esa yallig'lanish jarayoni sust o'tib, uzoq muddatga cho'zilishi mumkin.

Klinik belgilari. Kasallik to'satdan boshlanib bemorning tana harorati $39 - 40^{\circ}\text{C}$ ga ko'tariladi. Eti qattiq junjikib qaltiraydi (varaja qiladi), darmoni qurib, boshi og'riydi, terlaydi. Avval quruq, so'ngra shilliq rangli qizg'ish (kofesimon) balg'amli yo'tal, ko'krak qafasida sanchiqli og'riq, havo yetishmasligi paydo bo'ladi. Og'riq yo'talganda, chuqur nafas olganda kuchayadi. Ko'pchilik bemorlarda bosh og'rig'i, ishtahaning bo'g'ilishi va mialgiya kuzatiladi. Bemorning nafas olishi (ayniqsa o'pkaning katta qismi yallig'langanda) tezlashadi va yuzaki bo'ladi, labi, burni, qulog'ida tsianoz kuzatiladi, labiga, og'iz burun atrofiga uchuqlar chiqadi. Kasallikning klinik manzarasini patomorfalogik o'zgarishlar davri bilan taqqoslaganda I bosqichga to'g'ri keladi.

Qonga to'lish davri kasallikning boshlang'ich, dastlabki kunlarida to'g'ri keladi. Bunda bemorning ahvoli og'ir, tana harorati yuqori darajada ($39-40^{\circ}\text{C}$) bo'lib, eti junjikadi. Ko'krak qafasining sanchib og'rishi va havo yetishmovchiligidan shikoyat qiladi. Bemorda avvalo quruq, so'ngra shilimshiq balg'am ajraladigan yo'tal paydo bo'ladi. Nafas olishi tez va nafas olishda ko'krakdagi sanchiq kuchaygani sababli sayoz bo'ladi, yo'taladi. Shilliq qon aralash balg'am ajraladi. Palpatsiyada ovoz drillashi kuchaygan. Perkussiya qilinganda o'pkaning yallig'langan qismi sohasida qisqargan perkurator yoki bo'g'iq timpanik tovush eshitiladi. Auskultatsiya qilinganda o'pkaning yallig'langan qismi sohasida vezikulyar nafasning susaygani, bundan tashqari, qisqa muddatli erta paydo bo'ladigan krepatasiya (krepitatsio indux) eshitiladi. Ayrim vaqtlarda plevra ishqalanishi shovqini eshitiladi. Bemorlarda bronxofoniya kuchaygan bo'ladi.

Kasallikning II bosqichda bemor yo'talganda temir zangi rangidagi balg'am ajraladi. (o'zgargan gemoglobin borligi sababli). Bemorning umumiy holati anchagina og'ir bo'lib, o'pkani yallig'langan tomonida paypaslab ko'rilganda ko'krak qafasi elastikligi kamayganligi, og'riq borligi, tovush dirillashi kuchayganligi aniqlanadi. Perkussiya qilinganda esa o'ta bo'g'iq tovush eshitiladi. Auskultatsiya qilinganda esa bronxiar nafas shovqini eshitiladi. Bronxofoniya kuchaygan.

III bosqichda shilliqli va yiringli balg'am ajrala boshlaydi, paypaslanganda, perkussiyada va auskultatsiyada bu o'zgarishlar II bosqichdagiga o'xshash bo'ladi.

Kasallikning IV bosqichi yoki kasallikning III klinik bosqichida esa tana harorati krizis yoki lizis yo'li bilan pasayib, shilliqli balg'am ko'proq ajrala boshlaydi. Bemorning umumiy holati yaxshilana boshlaydi. Paypaslanganda og'riqning kamayganini yoki yo'qolganini, tovush dirillashi biroz pasayganligini, ko'krak qafasi rezistentligining tiklanayotganini aniqlash mumkin. Perkussiya qilinganda bir oz bo'g'iq tovush, auskultatsiya qilinganda, bronxovezikulyar nafas shovqini, dag'al krepatasiya (krepitatsio redux) va nam xirillash eshitilishi mumkin.

Krupoz zotiljamda nafas olish a'zolaridan boshqa a'zolarida ham sezirarli o'zgarishlar sodir bo'lishi mumkin.

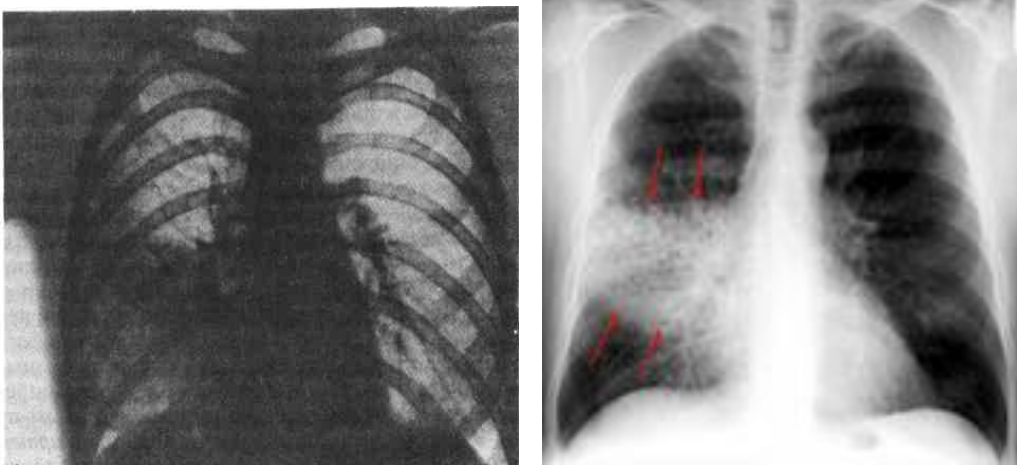
Yurak- tomirlar sistemasida yurak urishi tezlashadi, arterial qon bosimining pasayishi kuzatiladi. Yurak tonlari susayadi. Bu o'zgarishlar qari, holsizlangan bemorlarda ko'proq jiddiy oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Markaziy nerv sistemasida bo'ladigan patologik o'zgarishlar ko'proq spirtli ichimliklarni istemol qiladigan bemorlarda yuz beradi.

Buyrak sistemasidagi o'zgarishlar: kasalning siydigi kamayadi, uning solishtirma og'irligi oshadi. Ayrim hollarda siydik bilan oqsil ajralib chiqadi.

Kasallikni to'liq aniqlash uchun bemorning qonini, balg'amini, siydigi, qon oqsilini laboratoriyada tekshirish kerak. Bemorning qonini umumiy analiz qilinganda qonda leykositlar soni neytrofillar hisobiga ko'payadi (leykositoz). Leykositlar formulasi chap tomonga siljiydi, eritrotsitlar soni ko'payadi. Eritrotsitlarning cho'kishi tezlashadi. Qonda yirik dispers oqsillarning nisbiy miqdori ortadi. Bemorning balg'amidagi o'zgarishlar kasallikning kechish bosqichlari bog'liq ravishda I bosqichda shilliqli, II bosqichda qon aralash (temir zangiga o'xshash), III-IV bosqichlarda shilliqli va yiring aralash bo'ladi.

Krupoz zotiljam kasallikni aniqlashda rengen usuli bilan tekshirish muhim rol o'ynaydi. Oldingi va orqa tomondan tushirilgan rentgen tasvirlarda kasallangan o'pka bo'lagi soyasining zichlashganligini ko'rish mumkin. Rentgenogrammada yallig'lanish o'pkaning qaysi bo'lagidaligini, hajmini aniqlash mumkin. Rentgenologik o'zgarishlar o'pka to'qimasi qattiqlanishi sohasida o'choqli qorong'ilanish, hajmi formasi kasallikning xarakteri va bosqichiga bog'liq.



Rentgenografiyada o'ng o'pkaning krupozli yallig'lanishi tasvirlangan.

Laborator tekshirish; leykotsitoz leykositlar formulani chapga siljishi bilan (15-300000 1 mkl qonda), tayoqcha yadroli neytrofillar 30% gacha oshadi, aneozinofiliya, EChT 40-45 mm/s gacha oshishi kuzatiladi. Fibrinogen, mukoprotein, seromukoid, gaptoglobulin, sial kislota, zardob globulinlari miqdorining oshishi, albuminlarning kamayishi, S reaktiv oqsil musbat bo'lishi kuzatiladi. Siydik analizida tana harorati yuqori bo'lganda biroz proteinuriya va tsilindruriya bo'lishi mumkin.

Balg'amni tekshirganda; bemorlar balg'ami tarkibida ko'p miqdorda eritrotsitlar, fibrinlar va sariq jigarlanish bosqichida leykotsitlarni ko'rish mumkin.

Krupoz zotiljam kasalligining asoratlari intratorakal o'pkada va extratorakal o'pkadan tashqarida bo'lishi mumkin.

- I. Intratorakal y asoratlari: o'pkada absyess, plevraning yallig'lanishi, nafas qisish belgilarining paydo bo'lishi, o'pkaning surunkali yallig'lanishga o'tishi hisoblanadi.
- II. Extratorakal tashqarida bo'ladigan asoratlarga infeksiyon toksik shok, o'tkir yurak-qon tomirlarlar sistemasi yetishmovchiligi, buyrak yetishmovchiligi, oshqozon- ichak shilliq qavatida yaralar vujudga kelishi, qonning tomir ichida ivish sindromi (DVS sindrom), infeksiyon-allergik miokardit, endokardit, perikardit, meningit, nefrit, gepatit kiradi.

Davolash. Krupoz zotiljam bilan og'rigan bemor albatta kasalxona sharoitida davolanishi kerak. Davolash tadbirlari har xil usullar bilan olib boriladi.

- I. Bemorni kasalxona rejimiga rioya qilishini taminlash va uni to'g'ri ovqatlantirish.
- II. Dorilar yordamiga davolash: 1) etiologik-antibakterial preparatlar, 2) patogenetik-antigistamin preparatlari, 3) simptomatik balg'am ko'chiruvchi siroplar va yo'talga qarshi dorilar, 4) tana harorati yuqori bo'lganda dezintoksikatsion va isitma tushiruvchi terapiya, 5) umumiy quvatlovchi vitaminoterapiya davolash usullaridir.
- III. Fizioterapevtik davolash.

IV. Dispanser ko'rigidan vaqti-vaqti bilan o'tib turish va ambulator davolanish.

Bemor asosan kasalxonada davolanishi yoki uyda kasalxona sharoiti yaratilishi kerak. Ayniqsa tana harorati yuqori ko'tarilgan bemor o'rinda yotishi, ko'p suyuqlik ichishi, vitamin va oqsillarga boy ovqatlarni istemol qilishi lozim.

O'pka to'qimasi zichlashish sindromi

Uzoq muddatli o'pka yallig'lanishi natijasida interstitsial to'qimani shishi va alveolalarni eksudat va fibrin bilan to'lishi, o'pka infarktida alveolalarni qon bilan to'lishi, o'pka to'qimalarida pnevmoskleroz va kornifikatsiyada biriktiruvchi to'qima o'sishi yoki o'sma to'qimasi tufayli o'pka to'qimasida zichlashish sindromi yuzaga keladi. Bemorlarning asosiy shikoyati hansirash, yo'tal, nafas etishmovchiligi, umumiy holsizlik, isitma va h.k. Umumiy ko'zdan kechirganda ko'krak qafasining "kasal" tomoni nafas olishda orqada qolishi; o'pka to'qimasi zichlashgan sohada ovoz dirillashining kuchayishi, perkutor o'pkaning qator sohasi ustida bo'g'iqlik tovush, auskultatsiyada patologik bronxial nafas eshitiladi, bronxofoniya kuchaygan kichik bronxlarda suyuq sekret bo'lgan hollarda jarangli (konsonirlangan) xirillashlar eshitiladi. Rentgenologik tekshiruv natijasida zichlangan sohada gomogen soya koramiz.

O'pkada bo'shliq sindromi hosil bo'lishi.

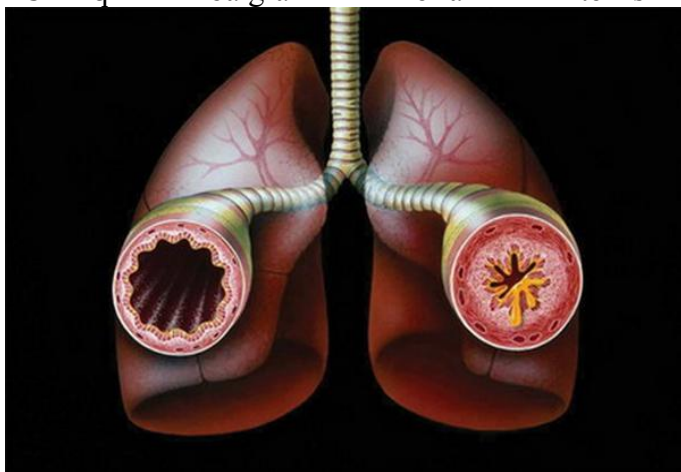
Buning asosiy sababi bu o'pka abtsesi, tuberkulyoz kavernasi, o'pka raki parchalangandan so'ng hosil bo'ladi. Bo'shliq suyuqlikdan xoli bo'lgandan so'ng bo'shliq bronxlar bilan tutashsa atrofida yallig'lanishli valik hosil bo'ladi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda kasal ko'krak qafasi nafas olish aktida orqada qoladi. Ovoz drillashi kuchaygan. Perkussiyada bo'g'iqlik-timpanik, bo'shliq katta bo'lsa timpanik tovush bazan metalsimon tovushdek eshitiladi. Auskultatsiyada amforik nafas, bazan o'rta va yirik pufakchali nam xirillashlar eshitiladi. Bronxofoniya kuchaygan.

Plevra bo'shlig'ida va ko'krak qafasida havo to'planish sindromi.

Sabablari o'pka va bronxlarni tuberkulyoz kavernasi tufayli yoki o'pka raki parchalanishi tufayli plevra bo'shlig'i bilan muloqotda bo'lishi natijasida yoki ko'krak qafasi travmalari spontan pnevmotoraks sodir bo'lishi, o'pka exinokokki yorilishi natijasida vujudga keladi. Bu bemorlarda kasal tomonga havo to'planishi munosabati bilan ko'krak qafasi assimetriyasini va nafas olish aktida ishtirok etishi cheklanishini ko'rish mumkin. Palpator ovoz drillashi sekinlashgan va perkutor timpanik tovush eshitiladi hamda auskultatsiyada nafas va bronxofoniya susaygan. Rentgenologik o'pka rasmi ko'rinmaydi va o'pka maydoni yorug' bo'ladi, ko'ks oralig'i organlari teskari tomonga siljiydi. Davolash kasal tomondan III qovurg'a ostidan va IV qovutg'a ustidan punktsiya qilinadi va havo tortib olinib asosiy kasallik davolanadi.

Bronxial astma

Bronxial astma bu bronx shilliq qavatining yallig'lanishli kasalligi bo'lib, bronxlarning giperergik reaksiyasi, ular mushaklarining qisqarishi va bronx hamda nafas yo'llarining tarqoq obstruksiyasi bilan kechadigan allergik kasallikdir. Bronxlarning obstruksiyasi mushaklar spazmi, shilliq qavatda shish bo'lishi hamda bronxlarning qadoqsimon hujayralari giperfunktsiyasi va kipriksimon hujayralarning kamayganligi tufayli shilliq balg'am bilan to'lishi natijasida vujudga keladi.



Etiologik omillari. Kasallikning asosiy omillari bo'lib, allergenlar hisoblanadi. Allergenlar ekzogen hamda endogen allergenlarga bo'linadi. **Ekzogen** allergenlar o'z navbatida infeksiyon va noinfeksiyon allergenlarga bo'linadi.

Endogen allergenlar tabiiy va ortrilgan allergenlarga bo'linadi. **Ekzogen noinfektsion** allergenlar bo'lishi mumkin chang, gul va ular hidlari, dori moddalar (aspirin), rang, sherst, kislota va bo'yoqlar hidlari, oziq-ovqat maxsulotlari, pomidor, bolgar qalampiri, tuxum, sitrusli mevalar, qovun va h.k.larni kiritish mumkin. **Ekzogen infeksiya** allergenlarga bakteriyalar, viruslar, zamburuglar hamda gijjalarni (gelmentozlarni) kiritish mumkin. **Endogen** tabiiy allergenlarga qalqonsimon bezi hujayralaridagi, miyadagi, ko'z gavharidagi va erkaklar urug'doni (moyaklari) dagi hujayralaridagi allergenlar kiradi. Ushbu hujayralar allergenlari tabiiy sharoitda niqoblangan bo'lib, allergenlik xususiyatini namoyon etmaydi va ular shikastlanishi munosabati bilan ushbu hujayralar allergenlik xususiyatini namoyon qiladi. **Endogen** ortrilgan allergenlarga organizmdagi shaklini o'zgartirgan (kuygandan so'ng organizmda hosil bo'ladigan toksinlar) hujayralar va b.q.lar kiradi.

Patogenezi; organizmga allergenlar tushgandan so'ng ularga qarshi organizmda antitana ishlab chiqariladi, ular butun organizm bo'yicha tarqaladi va sensibilizatsiya yuzaga keladi. Organizmga qayta antigen tushgandan so'ng allergik reaksiya vujudga keladi. Buning vujudga kelishi semiz hujayralarning shikastlanishi bilan bog'liq, chunki semiz hujayralar shikastlangandan so'ng ulardan biologik faol moddalar gistamin, serotonin, bradikinin kabi moddalar ajralib chiqadi. Biologik aktiv moddalar bronx mushaklarini qisqartiradi va bronxlar shilliq qavatidagi bezlarni gipersekretsiyasiga olib keladi va qon tomir kapilyarlari kengayadi ular o'tkazuvchanligini oshiradi. Bu o'z navbatida bronxlarning torayishi, shilliq qavatlarining shishi hamda shilliq balg'am yig'ilishiga olib keladi. Atopik bronxial astma rivojlanishini uch bosqichi tafovut qilinadi: **birinchi immunologik bosqichda** organizmda tushgan allergenga qarshi antitananing hosil bo'lishi (AG+AT). **Ikkinchi patoximiyaviy** bosqichda semiz hujayralardan biologik faol maddalar (gistamin, bradikinin, ceratonin va b.q.) ning ajralib chiqishi. **Uchinchi patofiziologik** bosqichda biologik faol moddalar tasirida bronxlar mushaklari qisqarib, qon tomir kapilyarlari kengayadi va ular o'tkazuvchanligi oshib shilliq qavatlarda shish paydo bo'ladi hamda bronxlar bezlarining gipersekretsiyasi vujudga kelib, kasallikning klinik simptomlari yuzaga chiqadi. Kasallikni rivojlanishida immunoglobulin (IgA, IgM, IgG, IgD, IgE) larning ahamiyati kattadir. Antigenlar bilan reaksiyaga kiruvchi moddalar reagenlar bo'lib, ko'pchilik holatlarda IgE reaksiyaga kirishadi. IgE semiz hujayralar membranasiga antigenlar bilan kompleks hosil qilib, allergik reaksiyani chaqiradi. Bu tez tipdagi reaksiya turiga kiradi. Sekin tipdagi immunologik reaksiyaga hujayra immuniteti rol o'ynaydi. Antigen tasirida limfotsitlarning genetik apparati o'zgaradi va immun xususiyatli bo'ladi. Kasallikning kuchayishi munosabati bilan va infeksiya ham qo'shilsa, organik o'zgarishlar sodir bo'lsa, endoallergenlar rol o'ynaydi. Bu holatda shikastlangan hujayralar autoallergen sifatida qabul qilinadi va ularga qarshi antitana ishlab chiqariladi. Patoximiyaviy bosqichda adenilsiklaza kamayishi (toksinlar tasirida va irsiy tanqisligida) hisobiga va hujayra β 2-adrenoretseptorlar bilan ATF ni tsiklik 3,5-adenozinmonofosfat (ts-AMF) ga otishini taminlamaydi va ular allergik reaksiya mediatorlarini ishlab chiqarilishini nazorat qilmay qo'yadi. Bu mediatorlar patofiziologik o'zgarishlarga olib keladi. **Patomorfologiyasi** bronxlar daraxtining obstruktsiyasini bronxial astmada 4 komponent chaqiradi. Bular silliq mushaklar spazmi, bronxlar shilliq qavatidagi shishlar, bronxlarning shilliq balg'am bilan to'lishi va bronxlar devoridagi sklerotik o'zgarishlar. Bemorlarda doimo emfizema belgilarini ko'rish mumkin. Mikroskopik tekshiruvda qadoqsimon hujayralarning ko'payganligi va kipriksimon hujayralarning kamayganligi, shilliq ajratib chiqaruvchi bezlar ko'payganligi, bazal membrana qalinlashuvi, epiteliylar ko'chishi va bronxlar devorida eozinofillarni ko'rishimiz mumkin.

Bronxial astmaning klassifikatsiyasi (tasnifi)

1992 yilgi JSST (VOZ) ning xalqaro kasalliklar tasnifini ishlab chiqishda astmaning etiologik printsipdagi tasnifi qabul qilindi. Bu quyidagicha;

Asosan allergik astma (tashqaridan tushgan allergenlarga sensibilizatsiya tufayli).

1. Atopik astma, ekzogen allergik astma-IgE miqdori oshishi bilan kechadigan ximik reagen turdagi.
2. Hoallergik astma.
 - 2.1. Endogen noallergik astma (hujayra turidagi autoimmun reaksiya shakllanishi).
 - 2.2. Idiosinkraziya (1 va 2 turdagi astmasi borlar).
3. Aralash astma (1 va 2 tur astma baravariga kelsa).
 - 3.1. Etiologiyasi nomalum astma.
4. Status astmaticus.

Ushbu tasnif klinikada deyarli qo'llanilmaydi. Hozirgi klassifikatsiyada kasallikning og'ir va engilligi nazarda tutilgan bo'lib, 4 ta pog'onaga bo'lingan. Bu tasnif kasallik profilaktikasi va davolash taktikasiga (Konsensus 1995) asoslangan.

Kechish darajasiga qarab bronxial astmaning klassifikatsiyasi (tasnifi)

Og'irlik darajasi Davolash pog'onasi	Simptomlari Bo'g'ilish simptomi	PSV yoki OFV1
		PSV o'zgarishi(variabel)
Intermitirlovchi I pog'ona	Kunduzi haftada 1 martadan kam, kechqurun oyida ≤ 2 martadan kam. Xuruj bo'lmaganda astma yo'q	$\geq 80\%$
		$< 20\%$
Engil persistirlovchi II pog'ona	Kunduzi >1 (ko'p) haftasiga, lekin < 1 (kam) kunduzlari, Kechqurunlari >2 oyida. Xuruj faollikni buzishi mumkin.	$\geq 80\%$
		20-30%
O'rta persistirlovchi III pog'ona	Kunduzlari har kuni. Kechqurun >1 (ko'p) haftada. Xuruj faollikni buzadi.	60-80%
		$>30\%$
Og'ir persistirlovchi kechishi IV pog'ona	Kunduzlari doimiy va kechqurunlari tez-tez. Fizik faollikni cheklanishi	$\leq 60\%$
		$>30\%$

Klinik manzarasi. Bronxial astma xuruji rivojlanishida uch davr farqlanadi: boshlang'ich davri (yengil), o'rta og'ir, avj olgan davr (o'gir) va xurujning tuzalish davri.

Boshlang'ich davri (prodromal davr) ko'pincha bronxial astmaning yuqumli-allergik shakliga chalingan bemorlarda uchrab burun shilliq qavatining vazomotor reaksiyalari (aksa urish, ko'p miqdorda suyuq ajralmalar), yo'tal, hansirash bilan namoyon bo'ladi. Keyinchalik (ba'zan to'satdan, boshlang'ich davrisiz) bemorda bemalol nafas olishga xalaqit beruvchi ko'krak qafasida bitib qolish hissi paydo bo'ladi. Nafas olish qisqa, nafas chiqarish esa aksincha uzoq davom etadi, masofadan eshitilib turadigan baland tovushli hushtaksimon xirillashlar eshitiladi. Ajralishi qiyin bo'lgan yopishqoq balg'am aralash yo'tal paydo bo'ladi. Nafas olishni osonlashtirish maqsadida bemor qo'llari bilan stul suyanchig'i yoki tizzalariga tayanib tanasini oldinga bukib majburiy (ko'pincha o'tirgan) holat oladi.

Avj olgan davrida (xuruj paytida) yuz biroz shishgan, nafas chiqarish bosqichida bo'yin tomirlari shishi kuzatilishi mumkin. Ko'krak qafasi maksimal nafas olish holatida go'yo qotib qolgandek tuyuladi. Nafas olish va chiqarishda mavjud qarshilikni yengishda ishtirok etuvchi yordamchi nafas mushaklari qatnashadi. Ko'krak qafasi perkussiyasida quticha tovushi, o'pkaning pastki chegaralarini pastga siljishi, yuqori chegarasi yuqoriga va ularning harakatchanligini keskin chegaralanishi, yurakning absolyut to'mtoqlik chegarasini kamayganligini qayd etish mumkin. Auskultatsiyada o'pka to'qimasi ustida sust vezikulyar nafas, nafas chiqarish uzaygan va ko'p miqdordagi tarqoq quruq hushtaksimon xirillashlar eshitiladi. Yurakning mutlaq to'mtoqlik chegarasi o'pkaning keskin kengayishi hisobiga sezilarli darajada kamayadi, tonlar bo'g'iqligi, taxikardiya, II tonning o'pka arteriyasi ustidagi aksenti aniqlanadi.

Astma xurujini diagnostic mezonlari

t/r	Mezonlar	Yengil xuruj	O'rta og'ir xuruj	Og'ir xuruj
1	Jismoniy faollik	Saqlangan	Chegaralangan	Kuchli chegaralangan
2	Ekspirator hansirash	Saqlangan	Gapirishda	Tinch holatda
3	Yurishda gapirish	Saqlangan	Alohida-alohida so'zlaydi	So'zlar ajralgan holda gapiradi
4	Xotirasi	Har doimgidek	Qo'zg'algan	Qo'zg'algan
5	Nafas olish soni	25 tagacha	30 tagacha	30 dan ko'p
6	Respirator mushaklar	Nafas aktida qatnashmaydi	Zo'riqish bilan ishlaydi	Kuchlanish bilan ishlaydi
7	Hushtaklovchi	Nafas chiqarish	Butun nafas chiqarish	Nafas olish va

	xirillashlar	oxirida	vaqtida	chiqarishda
8	Yurak qisqarish soni	100 dan kam	100-120 marta	120 dan ko'p
9	PSV	80% dan ko'p	50-80%	50% dan kam
10	Kislorod saturatsiya si (O2 b-n to'yinish)	95 dan ko'p	91-95	90 dan kam
11	Kislorodning portsial bosimi	> 80	60-80	60 dan kam
12	Karbonat angidridni portsial bosimi	< 45	45 dan kam	45 dan ko'p

Tuzalish bosqichida shilliq ko'chishi yengillashadi, o'pkada quruq xirillashlar biroq kamayadi, bo'g'ilish simptomi sekin-astalik bilan o'tib ketadi.

Ko'krak qafasi a'zolarining xuruj avj olgan davrida rentgen yordamida tekshirishda o'pka chegaralarining yuqori darajadagi shaffofligi, diafragmani past turishi va kam harakatlilik qayd etiladi. **Palpatsiyada** ovoz drillashi susaygan, **perkussiyada** quticha yoki timpanik tovush eshitiladi. O'pkaning rastki chegarasi pastga va yuqori chegarasi yuqoriga siljigan. O'pka exskursiyasi cheklangan. Yurakning absalyut to'mtoqlik chegarasi kichraygan va o'ngga siljishi mumkin. Dimlanishlar hisobiga jigarning perkutor o'lchami kattalashishi mumkin. **Auskultatsiyada** sust nafas fonida, qisman quruq xirillashlar eshitiladi yoki umuman nafas shovqinlari eshitilmasligi (gung o'pka) mumkin. Yurak tonlari susaygan va taxikardiya eshitiladi. Bronxofoniya susaygan. **Tashqi nafas funktsiyasi** tekshirilganda obstruktiv yoki pnevmoskleroz bilan birga kelganda aralash tipi bo'ladi. Qoldiq havo hajmi ortadi va nafas chiqarish rezerv hajmi kamayadi. Nafas chiqarish tezligi susayadi 60% dan kichik bo'ladi.

Laborator tekshirganda qonda kompensator eritrotsitoz, leykotsitoz, eozinofilyoz, limfotsitoz, nisbiy gipovolemiya kuzatiladi. Bronxial astma xurujidan so'ng olingan balg'am tekshirilganda eozinofillar, epiteliy hujayralar, Sharko-Leyden kristallari va Kurshman spirallarini ko'rishimiz mumkin.

Ayrim bemorlarda (ko'pincha ayollar atsetilsalitsil kislotasini (aspirin) qabul qilish, bo'g'ilish xurujlarini chaqiradi. Tekshirishda ularda ko'pincha rinosinusitlar yoki burun shilliq qavatining polipozi aniqlanadi. Bunday uyg'unlik (bo'g'ilish xurujlari, aspirinni ko'tara olmaslik va burun polipozi) aspirin astmasi yoki «aspirinli (astmatik) uchlik» nomini olgan.

Bir qator bemorlarda jismoniy zo'riqish yoki odatda ochiq havoda bajariladigan sport mashg'ulotlari (chopish, tez yurish, futbol o'ynash) bronxospazm xurujlarini chaqiruvchi omil bo'ladi. Kasallikning bunday shakli «jismoniy zo'riqish astmasi» deb ataladi.

Hozir bronxial astmani tashxislashda organizmning turli allergenlarga reaksiyasini aniqlash maqsadida maxsus teri sinamalari qo'llaniladi. Bronxial o'tkazuvchanlikni o'rganish uchun tekshirishning funksional uslublari – spirometriya, pnevmotaxometriyadan foydalaniladi. Yondosh surunkali bronxit yoki surunkali zotiljam aniqlanganda bronxoskopik va bronxografik tekshiruvlar o'tkaziladi.

Kechishi va asoratlari. Odatda, bronxial astma zo'rayish davrlarini remissiyaga almashinuvi bilan kechadi. Bunda uning kechish og'irligi turlicha bo'lishi mumkin.

Yengil kechganda kasallik xurujlari yilida 2–3 martadan ko'p bo'lmaydi va odatda bemorlarni ambulator sharoitida davolasa bo'ladi. O'rtacha og'irlikda kechganda bronxial astma xurujlari yilida 3–4 marotaba takrorlanib shifoxonada davanlanishni talab etadi. Uning og'ir kechishida tez-tez (yilda 5 marotabadan ko'p) va uzoq davom etuvchi xurujlar, remissiya davri qisqa yoki umuman bo'lmasligi xos. Kasallik og'ir kechganda uning garmonga to'vbe va garmonga – rezistent shakllari paydo bo'lishi mumkin.

Bronxial astma ko'pincha ikkilamchi o'pka-yurak qo'shilishi bilan kechuvchi o'pka emfizemasi va astma statusi bilan asoratlanadi.

Davolash. Kislotatash holatini nazorat qilib oksigenoterapiya bilan boshlab, eufillin eritmasi 2,4% 10,0; 15,0 vena ichiga 0,9%-10,0 natriy xlorini fiziologik eritmasiga, taxikardiya chaqirishi munosabati bilan va o'pka yurak etishmovchiligida vena ichiga 0,05%-0,3 -0,5 strofantin (0,5-1,0-0,06% korgliqon) yuboriladi. Antigistamin preparatlari suprastin 1,0-2,0 (tavegil, pipolfen, diazolin, loratol, fenkarol, ketotifen). Shular bilan birga atsidozni oldini olish maqsadida vena ichiga tomchilab 4%-250-500,0 natriy bikarbonat eritmasi quyiladi. Balg'amni yumshatish, suyultirish maqsadida vena ichiga 10%-10,0 natriy yoditi yuboriladi.

Bemor organizmiga u yoki bu allergenlarning ta'sirini to'xtatishga qaratilgan choralari (masalan, bemorni muayyan o'simliklar bilan ularni gullash davrida aloqasini cheklash, oziq-ovqatga allergiya bo'lganda maxsus,

eliminatsiya parhezlarini qo'llash, kasbiy allergiya bo'lganda ratsional ishga joylashtirish va boshqalar) ko'riladi. Bemorning muayyan allergenlarga reaksiyasi aniqlanganda ularga organizmning reaksiyasini pasaytirish maqsadida o'ziga xos giposensibilizatsiya o'tkazishga harakat qilish.

Bo'g'ilish xurujlarini bartaraf qilish maqsadida hozirgi kunda bronxlarni tezkor kengaytiruvchi selektiv β -adrenomimetik aerosollari keng qo'llaniladi: ortsiprenalin sulfat (astmopent), terbutalin, salbutamol, fenoterol (berotek) va boshqalar. Dori vositasi dozasi individual tanlanib ko'pincha dozalangan aerosolni 2 ta nafas olishdan iborat. Davolash uchun shuningdek M – xolinolitik aerosollari (ipratropium bromid yoki atrovent, berodual) dan foydalaniladi. Shuningdek, bemorlar va vrachlar metilksantinlardan keng foydalanadilar. Masalan, bronxospazm xurujini bartaraf etish uchun ko'pincha sekin-astalik bilan tomirga teofillin yuboriladi. Bo'g'ilish xurujlarini oldini olish uchun shu guruhdagi uzoq ta'sir etuvchi dorilar og'iz orqali ichishga buyuriladi.

Simptomatik davo tariqasida shilliq ajralishini yaxshilovchi hamda balg'am ko'chiruvchi va mukolitik vositalar buyuriladi (termopsis, altey tomiri damlamasi, mukaltin, bromgeksin va boshqalar).

Agarda bronxial astma kechishining yomonlashishi yondosh surunkali bronxit yoki surunkali zotiljamning zo'rayishi bilan kechsa antibakterial vositalar tayinlanadi.

Bronxial astma og'ir zo'rayib boruvchi bo'g'ilish xurujlari bilan kechishida va boshqa dori vositalaridan foydalanish samarasiz bo'lganda glyukokortikosteroidlar tayinlanadi. Bemorlarning taxminan 20 % ularga muhtoj bo'ladi. Odatda, bir kunda o'rtacha 15–20 mg prednizolon, antatsid vositalar (almagel, maaloks), H₂ gistamin blokatorlari va proton pompasi ingibitorlari bilan birgalikda qo'llaniladi/ (ertalabki soatlarda). So'ngi guruh dorilari oshqozon shilliq qavatini eroziya va yarali zararlanishlardan himoyalaydi. Samaraga erishilgandan so'ng dori dozasi sekin-astalik bilan kamaytiriladi (har 5–7 kunda 2,5 mg ga) va keyinchalik ushlab turuvchi doza qoldiriladi (kunda 5-10 mg).

Shuningdek, gormonal dori vositalarini ingalyatsiyalarda qo'llash mumkin. Bunday yondoshish dorilarni salbiy ta'sirini kamaytiradi hamda yaxshi samara beradi (beklometazon, budesonid, flutikazon propionat, seretid va h.k.).

Astmatik holatni davolaganda oksigenoterapiya qo'llaniladi. Vena ichiga teofillin, yuqori dozalarda glyukokortikosteroidlar (har 3–4 soatda 60–90 mg prednizolon) yuboriladi, ayni paytda 20–30 mg dori ichishga buyuriladi. Atsidoz bilan kurashish uchun kunda 1–2 marotaba 100–150 ml 3 % natriy gidrokarbonatdan foydalaniladi.

«gung o'pka» sindromi yoki giperkapnik koma holati paydo bo'lganda bemorlar o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasiga o'tkaziladi. Ayrim hollarda ko'rsatma bo'lganda bronxoskop yordamida bronxial lavaj va ftorotanli narkoz qo'llaniladi.

Bronxial astmaning profilaktikasiga bemor atrofidan ehtimoliy allergenlarni yo'qotish, kasbga bog'liq salbiy ta'sirlar, chekish bilan kurashish, surunkali infeksiyalarni (ayniqsa halqumdagi) sinchkovlik bilan sanatsiyalash kiradi.

Astmatik status. Tashxis kasallik belgilariga asoslanib qo'yiladi. Ayrim bemorlarda bo'g'ilish xurujidan ilgarigi belgilar-bosh og'rig'i va vazomotor rinit, ko'krak qafasini siqilishi, qichish va boshqalar kuzatiladi. Bronxial astma xurujidan ilgari iztirobli yo'tal bo'ladi. Xurujning boshlanishida bemorni o'zi yo'talni paydo bo'lishi bilan nafasni qiyinlashganligini, nafas chiqishini qiyinlashib, cho'zilganligini sezadi. Sekin asta bo'g'ilish hissi paydo bo'ladi. Nafas chiqarish qiyin hushtaksimon xirillash va shovqinli bo'ladi. Bemorni yonidan turib ko'krak qafasidagi shovqinlarni xirillashlar distantsion eshitiladi. Bemor yuqori yelka kamarini maxkamlab, nafas mushaklari ishini yengillatish uchun maxsus vaziyatni egallaydi. Bunda o'mrov usti va osti chuqurchalari botadi, bo'yin qisqarib chuqur botganday qiyofaga kiradi.

Xuruj paytida ko'zdan kechirganda bemorlar majburiy holatni egallagan bo'ladi, burunlari kengaygan, og'iz ochiq holatda nafas olishini ko'ramiz, bemorlarni tekshirilganda o'pka emfizemasi belgilarini – ko'krak qafasini kengayganligini, qovurg'alar aro oraliq kengayganligi va to'sh usti chuqurchasini tekislanganligi, perkussiyada quticha tovushini, o'pka chegaralari kengayganligini, o'pka ekskursiyasi cheklanganligi aniqlanadi. Auskultatsiyada vezikulyar nafasning susayganligini, quruq hushtaksimon xarillashlarni nafas olish va chiqarish fazasida eshitiladi.

Astmatik status yuqori jadallikdagi bo'g'ilish xurujining kuchayib borishi va odatdagi bronxolitik vositalar yordam bermasligi bilan xarakterlanadi. Bunda yo'tal samarasiz va mahsulotsiz holda kuzatiladi.

Astmatik statusning 3 ta bosqichi farqlanadi: 1 bosqich – bronxial astma xurujining cho'zilishi. Buning farqli xususiyati shundaki, bunda beriladigan ksantin guruhidagi vositalarni va simpatomimetiklarni

ingalyatsiyasini bronxlarni bo'shashtiruvchi ta'siri pasayib boradi. O'pkani auskultatsiyasida quruq hushtaksimon xirillashlar eshitiladi, buning jadalligi yo'talganda va nafas chiqarganda kuchayadi.

2- bosqichda o'pkaning ayrim qismlarida xirillashlar va nafas shovqinlari yo'qoladi (gung o'pka) bu bronx yo'lining quyuq sekret bilan bekilib qolishi tufayli sodir bo'ladi. Auskultatsiyada ayrim uchastkalarda ventilyatsiya yaxshi, ayrimlarida yomonlashadi, oqibatda 3 bosqich gipoksik va giperkapnik koma rivojlanadi. Bemor atrof muhitga befarq bo'ladi, gipoksik koma belgilari zo'rayadi, ketidan nafas va yurak faoliyati to'xtaydi.

Tashxis qo'yish. Tashxis qo'yishda analitik ma'lumotlarga asoslaniladi: Oilaviy anamnezning xosligi va anamnezida allergik kasalliklar (vazomotor rinit, dermatit, eshakem, Kvinke shishi), o'pkani kasalliklari (surunkali bronxit, tez-tez pnevmoniyaga chalinishi va b.q.) mavjudligiga va xurujlarni klinik kechishini xosligiga. Tashxis qo'yishda anamnestik ma'lumotlardan: oilaviy anamnezda moyillik borligiga asoslaniladi.

Balg'am ajralishi yurak astmasida bemorga yengillik bermaydi, u faqat bronxial astmada bemorga biroz yengillik beradi. Bo'g'ilish xuruji mediastinal sindromning og'ir simptomlaridan biri bo'ladi. Har xil patologik jarayonlar tufayli bronxni bosilishi va deformatsiyalarida zo'rayib boruvchi hansirash kuzatiladi. Bunda bo'g'ilish xuruji va tsianoz kuchli yo'tal bilan birga keladi.

Katta bronxlarni bosilishi oqibatida stridoroz nafas paydo bo'ladi. Tashxisni ko'ks oralig'i a'zolarini bosilishini belgilariga yuqori kovak vena sindromi bo'yin va ko'krak venalarining kengayishi, yuz va bo'yin shishi va tsianozga asoslanib qo'yiladi. O'pka venalarining bosilishi sindromi (o'pka gipertenziyasi belgilari)ni namoyon bo'lishiga asoslaniladi.

Adashgan nervni bosilishida bradikardiya, ekstrasistoliya, hiqichoq tutishi, qusish, qaytuvchi nervni bosilishida tovushni bo'g'ilishi, diafragmal nervni bosilishida diafragmani falaji kuzatiladi.

Davolash. Davolashda bemor uchun qulay sharoit yaratish, uning atrofida tinchlik osoyishtalikni saqlash, issiq holdagi qaynatilgan suvni ichirish muhim. Yengil holatlarda bemor bronxial astma xurujini bartaraf qilish uchun ilgari ishlatgan vositalarni qo'llash lozim.

Yengil darajadagi bronxial astma xurujlarida astmaga qarshi tabletka ko'rinishidagi vositalar, eufillin 0,15-0,3g tabletkasi, teofillin beriladi, biroq salitsilatlarini qabul qilolmaydigan bemorlarda bu ikkala vositani berib bo'lmaydi. Shuningdek, uzaytirilgan noofillinlar – teobid, teopek, eufilong, teodur ham qo'llaniladi. Aerozol shaklidagi simpatomimetiklar keng qo'llaniladi astmopent (alupent), adrenostimulyatorlar salbutamol, berotek 2 martadan xuruj paytida ingalyatsiya qilinadi.

Ingalyatsiya uchun suyuq vositalar–euspiran – 1% - 0.1-0.2 mldan, novodrin – 1%- 0.8 mldan, izadrin – 0.5%- 1 mldan beriladi.

O'rta va og'ir darajadagi bronxial astmani davolashda mahalliy ta'sir qiluvchi ingalyatsion glyukokortikosteroidlar – seretid, beklometazon dipropionat, bekotid, bekodisk, budesonid, ingakort, beklomet, pulmikort, fliksotid muhim o'rin egallaydi.

Qator holatlarda teri ichiga ("limon po'stlog'i" singari) adrenalin eritmasini yuborish foydali bo'ladi. Xurujni davomli bo'lishida shuningdek, og'ir kechishida eufillinni eritmasini vena ichiga yuboriladi. Eufillinni 10 ml dozada venaga yoki 10 ml izotonik natriy xlorid eritmasida suyultirilib venaga yuboriladi, og'ir xurujlarda 200 ml natriy xlorid izotonik eritmasida yoki 5% li glyukozada suyultirilib venaga tomchilab yuboriladi. Ko'p miqdorda balg'am ajralishida 0,5 ml – 1% ml atropin yoki 0,2%-1 ml platifillin teri ostiga yuboriladi.

Agar davolash engillik bermasa bu astmatik holatni rivojlanishidan darak beradi. Bunday holatlarda bemorlarni kasalxonaga yotqiziladi.

1.bosqichdagi astmatik statusda 2,4%-10-15ml eufillin eritmasi 200 ml-0,8 ml izotonik natriy xlorid eritmasida suyultirilib yoki 90-120 mg prednizolonni 200 ml natriy xloridni izotonik eritmasida suyultirilib venaga yuboriladi. Dorini har soatda takror yuboriladi. Samara bo'lmasa glyukokortikosteroidlar – prednizolon 10 mg, triamtsinolon, polkortolon, kenakort, urbazon – 8 mgdan, deksametazon 2-4 mgdan beriladi. Vositalar yuqorida ko'rsatilgan dozalarda har 2 soatda balg'am ajralib bemorni ahvoli engillashganiga qadar beriladi. Ko'p miqdorda 1-2 l/sutka miqdorida suyuqlikni diurezni nazorat qilgan holda beriladi. Bu sodir bo'ladigan degidratatsiya bilan bog'liq bo'ladi, balg'amni qovushqoqligiga ta'sir qiladi. Namlangan kislorod, vibromassaj buyuriladi.

Astmatik ctatusni 2- bosqichida garmonal vositalarni venaga yuboriladi, tabletkalarni 1-2 marta dozasi oshiriladi, eufillin eritmasi venaga yuboriladi. Atsidozga qarshi kurashish uchun 4%-200 ml natriy gidrokarbonat eritmasi venaga yuboriladi.

O'ta og'ir hollarda boshqa muolajalar naf bermasa 0,5-1% novokain eritmasi bilan paratraxéal blokada qilinadi.

Suyuqlikni qo'yishni davom ettiriladi, diurez nazorat qilinadi, oksigenoterapiya o'tkaziladi. Astmatik statusni davolashda adrenalin va boshqa simpatomimetiklarni yuborish ta'qiqlanadi, bu "rikosheta" samarasini chaqiradi, bunda bronxospazmni birdaniga kuchayishi β - adrenoretseptorlarni funktsional blokadasini bilan bog'liq bo'ladi.

O'pka emfizemasi

O'pka emfizemasi (emphysema pulmonum) — o'pka to'qimasidagi bir qism elastik tolalarning halok bo'lishi natijasida o'pkaning uzoq vaqt davomli kengayib qolishi bilan xarakterlanadigan kasallik bo'lib, alveolalar soni kamayishi bilan kechadi. Bu kasallik ko'proq erkaklarda uchraydi. O'pka emfizemasi birlamchi va ikkilamchi bo'ladi.

Etiologiyasi. Birlamchi emfizema **α1** antitripsinning irsiy etichmovchiligi, bu ko'p miqdorda proteolitik fermentlarni to'planishiga olib keladi va alveola hamda o'pka to'qimalarini parchalanishiga olib keladi. Ikkilamchi emfizemaning sabablari quyidagilardir: 1) kuchli yo'tal bilan kechadigan og'ir surunkali va tez-tez takrorlanuvchi o'tkir va surunkali bronxitlar 2) uzoq vaqt davom etadigan bronxial astma 3) o'pka changlanishining alveolalar elastik tolasini parchalanishiga olib keladigan bazi turlari 4) o'pkaning surunkali (interstitsial) yallig'lanishi 5) o'pkaning doimo mexanik cho'zilib turishi bu ko'pincha kuchanish bilan bajariladigan og'ir jismoniy mehnatda yuz beradi. Emfizemaga moyillik yoshga ham bog'liq bo'ladi (emfizema odatda qari kishilarda uchraydi).

Kasallikning qarilarda ko'proq uchraganligiga ko'ra emfizemada o'pka arteriosklerozi, xususan, o'pkaning tarmoqlangan arteriyalari sklerozi rol o'ynasa kerak, bu hodisa o'pka elastik tolalarining oziqlanishini ishdan chiqarib, ularni atrofiyaga olib kelishi mumkin. Haqiqatdan ham o'pka emfizemasida o'pka arteriyasi arteriosklerozga uchraydi. Lekin bunday holat ko'pincha kasallik uzoq vaqt kechganda ikkilamchi hodisa sifatida ro'y beradi (alveolalar bir qismining bo'shab qolishi sababli, kichik qon aylanish doirasi qon tomirlari yo'llari qisqaradi va undagi arterial bosim oshadi, bu hol o'pka tomirlarining sklerozini keltirib chiqaradi).

Bemorda dastlab ekspirator hansirash ro'y beradi, ya'ni nafas chiqarish qiyin bo'ladi, keyinroq yurakda etishmovchilik kuchayganda bunga inspirator hansirash ham qo'shiladi. Kasallikning dastlabki davrlaridayoq nafas qisishi bezovta qiladi. **Bemorlarni ko'zdan kechirganda** yurakda dekompensatsiya ro'y berishi sababli, bemorning tozida va oyoq- qo'llarida ko'karish (tsianoz), shuningdek mayda venalarning turg'un shishishi alomatlari kuzatiladi, bo'yin venalari kengayadi. Kasallikning ancha keyingi davrlarida ko'karish alomati juda ham kuchayadi, bemorning yuzi «qorayib» ketadi. O'mrov osti va usti chuqurchalari kengayadi. Ko'krak qafasi bochkasimon yoki emfizematoz shaklni egallaydi. Qovur'alar orasi kengayadi. Uzoq vaqt davom etgan emfizemada qovurg'alar mo'rtlashadi, ularning tog'aylari suyaklanib qoladi. Nafasni kuzatish shuni ko'rsatadiki, nafas olishda ko'krak qafasi butun korpusi bilan xarakatlanadi, ko'krak qafasi ayrim qismlari normal nafas uchun xarakterli bo'lgan ketma-ket xarakatlarni hosil qilmaydi. Nafas olishda yordamchi muskullar ishtirok etadi.

O'pka emfizemasi bilan kasallangsn bemorlarni **palpatsiya** qilinganda ovoz dirillashi pasayadi va **perkussiya qilinganda** quticha tovushi eshitiladi. O'pka chegarasi bir-ikki qovurg'a oralig'iga pastga tushgan bo'ladi, u nafas olishda ham siljiydi yoki mutlaqo siljimaydi. O'pka kengaygani sababli, ko'pincha yurak chegarasini aniqlash ancha qiyinlashadi, uning mutlaq bo'g'qlik chegarasi kamayadi. **Auskultatsiya qilinganda** sust vezikulyar nafas, ba'zan esa noaniq nafas eshitiladi bronxofoniya susaygan bo'ladi. **Rentgenologik** tekshirishda o'pkaning surati juda tiniq ko'rinadi, o'pka maydoni yorug' bo'ladi. Diafragma past bo'lib harakati cheklanadi. O'pka emfizemasi odatda surunkali bronxit va kasallikning oxirgi davrida yurakda etishmovchilik («o'pka-yurak») bilan birga kechadi. EKGda o'pka kapilyarlari kamayishi hisobiga yurakning o'ng qismi zo'riqib ishlaydi o'ng qorincha va o'ng bo'lmachada gipertrofiya kuzatiladi, P-pulmonalae ko'rish mumkin, R-R masofa kichrayadi, taxikardiya bo'ladi. Qon tahlilida eritrotsitoz, eozinofiliya, leykotsitoz va EChT ning oshishi kuzatiladi. **Asorati** emfizemadagi ko'pincha balg'amli yo'tal quruq va ho'l xirillash bronxit tufayli sodir bo'lishini vena tomirlarining kengayishi, dimlanish alomatlari, ko'karish va jigar kattalanishi yurakdagi etishmovchilik tufayli sodir bo'ladi. Emfizema kasalligining oqibati o'pkadagi o'zgarishning ko'p-ozligiga va yurakning holatiga bog'liq. O'pka bemorlar o'limining asosiy sabablaridan emfizemani davolash yurak faoliyatini yaxshilash, yo'talni kamaytiruvchi vasitalar buyurish hamda nafasni tartibga soluvchi davo gimnastikasi muhim rol o'ynaydi. Kasallikning profilaktikasi uning etiologiyasiga bog'liq.

Plevra bo'shlig'ida havo va suyuqlik to'planish sindromi. Quruq va eksudativ plevrit etiologiyasi, patogenezi, kasallikni simptomatologiyasi, davolash.

Plevrit

Ta'rif. Plevrit – plevra varaqalarining yallig'lanishi bo'lib, plevra varaqalari yuzasida fibrinsimon nalet sodir bo'ladi yoki uning bo'shlig'ida eksudat yig'iladi. U odatda ikkilamchi kasallik – o'pkadagi ko'pgina patologik jarayonlarning yoki kam hollarda plevra bo'shlig'iga yaqin turuvchi boshqa organ va to'qimalar (ko'krak qafasi, ko'ks oralig'i, diafragma, diafragma osti maydoni) kasalliklarning sindromi yoki asorati hisoblanadi. Birlamchi plevrit juda kam uchraydi va shikastlanish yoki plevra mezoteliomasi oqibati hisoblanadi. Quruq (fibrinsimon) va eksudatli (nam) plevritlar farqlanadi.

Etiologiyasi. Plevritning asosiy sababi endogen va ekzogen bo'ladi. Endogen sabablar bular qonda mochevina ko'payib undan zaharlanish, sistemali kasalliklar va b.q. Ekzogen sabablari infeksiyon va noinfeksiyon bo'ladi. Infeksiyon plevritlar spetsifik (sil mikobakteriyalari, zaxm spiroxetalar) va nospetsifik qo'zg'atuvchilar (pnevmonokokklar, stafilokokklar, ichak tayoqchalari, viruslar, zamburug'lar va boshqa mikroblar) ta'sirida vujudga keladi.

Noinfeksiyon plevritlar ko'krak qafasining yopiq shikastlanishida, plevra varaqalari orasiga qon quyilganda, o'pka infarktida, me'da osti bezi fermentlarining ta'sirida (pankreatit), plevranning xavfli o'smasi bilan jarohatlanishi (karsinomatozida), birlashtiruvchi to'qimasining sistemali kasalliklarida (revmatizm, kollagenozlarda), buyrak va jigar xastaliklarida kuzatiladi.

Patogenezi. Qontakt yo'li. Yuqumli plevritlarda kasallik qo'zg'atuvchi omillarning plevrage bevosita kirishi subplevral joylashgan o'pka to'qimasi o'choqlari (zotiljam, abstsess, bronxoektazlar, o'pka sili) orqali rivojlanadi. **Limfa yo'li** orqali infeksiyaning tarqalishi – to'qima suyuqligining retrogradli oqimi katta ahamiyatga ega. **Qon yo'li** bilan infeksiyani plevrage tarqalishi deyarli ahamiyatga ega emas. Ko'krak qafasining ochiq shikastlanishida va operatsiyalarda mikroorganizmlar tashqi muhitdan plevrage bevosita tushishi mumkin. Plevritning ba'zi bir turlari patogenezida, shaxsan sil kasalligida, patologik jarayon ta'sirida organizmning sensibilizatsiyalashishi natijasida oz miqdordagi infeksiya tezlikda tarqalgan eksudatni vujudga keltiradi (infektsion – allergik plevrit). Blastomatozli plevrit rivojlanishida limfa tugunlari va tomirlarining o'sma metastazlari bilan amal qilinishi ahamiyatli. Yallig'lanish doimo zararlangan plevra kapillyarlari devorining o'tkazuvchanligini oshishi bilan kuzatiladi. Fibrinsimon (quruq) plevritda ozgina eksudat yig'ilishi va uning qonqararli oqishi kuzatiladi, natijada eksudatning suyuq qismi qayta to'la so'rilib, plevra pardalari sathida faqat eksudatli cho'kkan fibrin qoladi. Eksudatli plevritda parietal plevranning yallig'lanish infiltratsiyasi, uning sathidagi fibrinsimon surtmali cho'kmalar hamda plevra ichidagi yuqori bosim ko'krak qafasidagi limfa sistemasiga suyuqlik oqishini keskin buzadi va eksudat yig'ilishini vujudga keltiradi. Sog'ayish davrida eksudatning suyuq qismi so'riladi, fibrinsimon cho'kmalar esa plevra shvartlarini va chandiqlarini vujudga keltiradi.

Quruq plevrit

Klinik ko'rinishi. Kasallik to'satdan boshlanadi.

Shikoyati. Asosiy belgisi og'riq. Ko'krak qafasining shikastlangan tarafining oldingi va yon bosh sohalarida joylashadi. Ko'pincha bo'yinga va yelkaga qarab tarqaladi. Chuqur nafas olganda kuchayadi, jarohatlangan tomonga yotsa va shu tomonni qattiq bosib turganda biroz og'riq sekinlashadi. **Yo'tal** quruq yoki juda kam miqdorda balg'am ajralishi bilan kuzatiladi. Yo'talganda jarohatlangan tomonda og'riq kuchayadi. Yana et junjikishi, tana haroratining ko'tarilishi, behollik, lohaslik, ishtaha pasayishi bezovta qiladi. Bemorlar ko'krak qafasini sog' tomonida yotsa og'riq kuchayadi va aksincha kasal tomonga yotsa og'riq biroz sekinlashadi.

Ko'zdan kechirganda teri qoplamlari bo'zarganligi, lab ko'karishi, nafas olishning tezlashganligi, yuzakiligi, ko'krak qafasining jarohatlangan tomoni nafas harakatidan orqada qolishi qayd qilinadi.

Paypaslaganda zararlangan tomonda mushaklar og'rishi va tarangligi aniqlanadi.

Perkussiyada o'pka to'qimasida infiltratsiya bo'lmasa o'zgarish kuzatilmaydi.

Auskultatsiyada xastalikning asosiy belgisi – jarohat ustida plevranning ishqalanish shovqini aniqlanadi. Vezikulyar nafas yallig'lanish sohasida susaygan.

Rentgent tekshirishida diafragmaning yuqori turishi va nafasdagi harakatining chegaralanganligi aniqlanadi.

Qon sinamasida odatda o'zgarishlar kuzatilmaydi, kam hollarda neyetrofilli leykotsitoz, EChT oshishi kuzatiladi.

Tashxisi. Ko'krak qafasida chuqur nafas olganda va yo'talganda kuchayadigan og'riqqa, plevranning ishqalanish shovqiniga asoslanib qo'yiladi.

Davosi. Quruq plevrit ikkilamchi jarayon bo'lganligidan muolajalar asosiy xastalik (o'pka sili, o'tkir zotiljam, o'pka abtsessi, revmatizm va boshqalar)ni tugatishga qaratilgan bo'lishi kerak. Davolash vositalari og'riqni va yo'talni yo'qotishga yo'naltiriladi. Buning uchun analgin yoki amidopirin kuniga 2g, butadion 0,45g, aspirin 2-3g, pirazon qatoridagi preparatlar (indometatsin 0,025g 3-4 marta), glauvent (0,05g 2-3 marta), tusupreks (0,01-0,02g 3-4 marta) beriladi.

Eksudativ plevrit

Plevra bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishidir. Suyuqlik xarakteriga ko'ra serrozli, serroz fibrinozli, fibrinozli, (eksudatli, transudatli), gemorragik (qonli), xilyozli (yog'li), yiringli va aralash bo'lishi mumkin.

Plevra bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishi sababi: tuberkulyoz, revmatizm, plevra varaqasi yallig'lanishi, biriktiruvchi to'qimani sistemali kasalliklari, buyrak etishmovchiligi og'ir garajalari(glomerulonefrit), yurak etishmovchiligi, miokard infarkti (**Dressler sindromi**-perikarditni plevrit va kam holatlarda pnevmoniya bilan birgalikda kelganda yuzaga keladi hamda eozinofiliya bilan kechish xarakterli. Bu miokard infarkti rivojlanishidan 3-4 hafta otgandan keyin rivojlanadi. Bunga sabab miokard mushaklarida destruktiv o'zgarishga uchragan oqsillarga organizmning sensibilizatsiyasidir), plevra kartsinomatozi (o'sma), o'pka infarkti, plevra empiyemasi kabi sabablardir.

Klinik ko'rinishi. Eksudatli plevrit rivojlanishida 3 davr farqlanadi: Suyuqlik yig'ilishi (eksudatsiya), barqarorlashishi va suyuqlik so'rilishi (rezorbtsiya). Kasallik ko'p hollarda o'tkir, ba'zida sekin-asta boshlanadi.

Shikoyati. Plevra bo'shlig'iga suyuqlik yig'ilishining boshlang'ich davrida yonboshda sanchiqli og'riq, quruq yo'tal, harorat ko'tarilishi, varaja qilish bezovta qiladi. Suyuqlik to'planishi ortib borgan sari og'riq va yo'tal kamayib borib, xastalikning barqarorlashish davrida mutloq yo'qoladi. Bu vaqtda bemor tez tez nafas olib hansiraydi va yonboshda og'irlik hissi seziladi, xansirash kuchayib boradi, ba'zi bemorlarda umumiy zaharlanishning ifodalangan belgilari yuzaga kelib, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qayt qilish behollik loqaydlik ishtahaning pasayishi kuzatiladi.

Ko'zdan kechirish Ko'krak qafasi asimetric suyuqlik yig'ilgan tomon hajmi pastki yonbosh sohada birmuncha kattalashgan, nafas olganda orqada qoladi. Qovurg'alar aro bo'shliq kengaygan va tekislashgan. Nafas olganda qovurg'alar orasi mushaklari tashqriga bo'rtib chiqadi va nafas chiqarganda o'z o'rniga qaytadi. Nafas olishi yuzaki, kalta kalta nafas oladi.

Palpatsiyada tovush titrashi suyuqlik yig'ilgan joyda juda susaygan, gohida umuman aniqlanmaydi. Atelektazga uchragan o'pka yuzasida ovoz drillashi biroz kuchaygan bo'ladi.

Perkussiya. Eksudat ustida bo'g'iqliq tovush aniqlanadi. Bo'g'iqliq tovushning yuqori chegarasi umurtqa pog'onasi bo'ylab yuqoriga ko'tariladi. Bo'g'iqliq tovushning yuqori chegarasi Damuazo egri chizig'ida hosil bo'ladi. Suyuqlik plevra bo'shlig'ining yon qismida to'planadi. Keyinchalik u plevra yorig'idan yuqori va yon tomonga yoysimon qiyshiq chiziq hosil qilib tarqaladi.

Ko'ks oralg'i a'zolarini suyuqlik sog'lom tomonda siljitadi. Perkussiyada bo'g'iqliq tovush maydoni – Rauxfus – Grokk uchburchagi paydo bo'ladi.

Shikastlangan tomonda umurtqa pog'onasi va eksudat Damuazo chizig'i orasida eksudat bilan siqilgan (atelektazga uchragan) o'pka sohasida bo'g'iqlashgan timpanik tovush Garland uchburchagi aniqlanadi.

Auskultatsiya Eksudat o'rnida nafas shovqinlari susaygan, agar suyuqlik ko'p bo'lsa mutlaqo eshitilmaydi. Eksudat chegarasidan yuqorida siqilgan o'pka o'rniga bronxial nafas eshitiladi.

Sog'lom tomonda siljigan ko'ks a'zolari sohasida nafas shovqinlari eshitilmaydi.

Rentgentekshirishlarida o'pkaning quyi sohalarida ustki chegarasi qiyshiq joylashgan va ko'ks oralg'ining sog'lom tomonda siljishi bilan kuzatiladigan katta qora dog'ni ko'rish mumkin; bemor holatini o'zgarishi soya konfiguratsiyasini o'zgartiradi. Kichik hajmda (300 ml dan kam) suyuqlikda rentgenogramma patologiyani aniqlay olmasligi mumkin.

Ultratovush (UT) tekshiruv suyuqlik joylanishini va hajmini aniq ko'rsatadi.

Qonda deyarli ko'p bo'lmagan leykotsitoz, ba'zida eozinofiliya, EChT oshishi kuzatiladi.

Maxsus diagnostika muolajalari.

Plevra bo'shlig'ida suyuqlik borligi aniqlangach plevrage igna sanchish (punktsiya) tavsiya qilinadi. Punktsiya texnikasi: bemor qulay stulga tibbiy xodimga orqasini qaratib o'tiradi. Perkussiya yo'li bilan L. axillaris

posteriordan maksimal bo'g'iqlik aniqlanadi. Punktsiya sohasi yani 7-8 qovurg'a orasi anesteziya qilinadi. Igna sekin sekin 8 qovurg'a ustidan sanchilib sekin asta ichkariga kiritiladi, toki boshliq sezilguncha va suyuqlik tortib ko'riladi. Suyuqlikni chiqarish va hajmini o'lchash lozim va bir qismini laboratoriya tekshiruviga yuboriladi. Shuni esda tutish kerakki bazan bemorlardan suyuqlikni olish jarayonida ularning ahvollari qon qayta taqsimlanishi hisobiga biroz yomonlashishi mumkin. Shuning uchun juda ehtiyot bo'lib sekin-sekin suyuqlikni tortish kerak bo'ladi.

Laboratoriya tekshiruvi: umumiy oqsil miqdorini, laktatdegitrogenaza (LDG) faolligini, tsentrifuglangandan so'ng cho'kmani tsitologik va bakteriologik tekshirish, glyukoza va amilazani miqdorini aniqlash.

Plevra punktsiyasini boshlang'ich davrida biopsiya tekshiruvini o'tkazish.

Tashxisi. Bemor shikoyati (yonboshdagi sanchiqli og'riq, yo'tal, harorat ko'tarilishi, hansirash), fizikal belgilar (tovush titrashining pasayishi yoki yo'qolishi, perkutor tovushning bo'g'iqlashgani, nafas shovqinlarining eshitilmasligi), rengen ma'lumotlari (yuqori chegarasi qiya bo'lgan qora dog') asosida aniqlanadi.

Davosi. Mazkur patologik jarayoni vujudga keltiruvchi kasalliklarga faol ta'sir qiluvchi omillarni o'z ichiga oladi.

Parhez taomlar vitaminlarga va oqsillarga boy bo'lishi kerak.

Chekishni keskin cheklash kerak.

Infeksion – allergiyali plevritda antibakterial (antibiotiklar, sulfanilamidlar), desensibilizatsiyalovchi (suprastin, tavegil, loratal, tiosulfat - natriy).

Saraton etiologiyali plevritda kimyoterapiya.

Sil etiologiyali plevritda silga qarshi vositalar tavsiya qilinadi.

Plevra bo'shlig'iga ko'p suyuqlik yig'lsa va u ko'ks oralig'i a'zolarini sog'lom tomonga siljitib, nafas va qon aylanishi buzilishini vujudga keltirsa, hamda eksudat so'rilishi kuzatilmasa plevra punktsiya qilinadi, eksudat olib tashlanadi, so'ngra bo'shliq antiseptik aralashma bilan yuvilib tozalangach, plevralar orasiga antibiotik yuborildi.

Zaharlanishda (intoksikatsiyada), ifodalangan hansirashda, yurak faoliyati buzilishida tomir ichiga plazma o'rinbosari eritmalari (reopoliglyukin), kislorid (oksigen) ingalyatsiyasi, yurak glikozidlari qo'llaniladi.

Og'riqni kamaytirish maqsadida ko'krak qafasiga banka, xantal varaqasi, isituvchi kompresslar, yod to'ridan foydalaniladi.

Fizioterapiya vositalari – sollyuks, mahalliy isitgich lampalar vannasi, UVCh, ultratovush, hamda kaltsiy, yod, pankreatin elektrofarezi, induktotermiya.

Sanatoriya va kurort davolari mahalliy moslashgan sanatoriyalarda yilning issiq oylarida qo'llaniladi.

Prognosi (oqibati) xastalikni vujudga keltirgan asosiy patologik jarayonga, hamda nafas va qon aylanish tizimiga holatiga bog'liq.

Profilaktikasi – plevritni sodir qiluvchi kasalliklarni oldini olish, o'z vaqtida tashxis qo'yish va sifatli davolashdan iborat.

O'pkada bo'shliq sindromi. O'pka abtsessi, bronxoektaz kasalligi bilan bemorlarni tekshirish, tasnifi, kasallikni simptomatologiyasi, davolash .

O'pka abtsesi va gangrenasi

O'pka abtsessi va gangrenasi og'ir yiringlash, o'pka to'qimasida nekroz va yemirilish, bo'shliqlar hosil bo'lishi bilan kechadi. O'pka abtsessi o'pka gangrenasidan yiringlash o'chog'ini chegaralanganligi bilan farq qilinadi. Kasallik ko'pincha o'rta yoshdagi erkaklar orasida uchraydi. Kasallik keltirib chiqaruvchi sabablar (etiologiyasi). O'pka abtsessi va gangrenasining kelib chiqishida keyinga o'n yillikda antibiotik dorilar ta'siriga chidamli bo'lgan floraning paydo bo'lishi muhim o'rin tutadi. Ko'pincha o'pka abtsessi streptokokklar, stafilocokklar. Fridlender tayoqchasi, ichak tayoqchasi, viruslar, zamburug'lar va bakteriyalar assotsiatsiyasi keltirib chiqargan o'choqli zotiljamdan keyin rivojlanadi. O'pka gangrenasi esa, anaerob flora: spirallar, anaerob streptokokklar tufayli rivojlanadi.

Sovuq qotish, tamaki chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish kasallik rivojlanishiga moyil qilib qo'yadi.

Patogenezi. O'pkada yiringlash jarayonining rivojlanishi, bronxlar drenaj funksiyasining buzilishi, o'pka to'qimalarida qon aylanishi yomonlashuvi va nekroz, organizmning kasalliklarga qarshilik ko'rsatish kuchi kamayganligi, reinfeksiya, o'tkir zotiljamdan so'ng o'pka abtsessini keltirib chiqaradi. Ko'pincha o'pka abtsessi chuqur venalar tromboflebiti, osteomielit, bakterial endokardit kasalliklarida o'pkaga gematogen yo'li bilan infeksiya tushishidan yoki tromboemboliyadan ham kelib chiqadi. O'pkaga o'tkir yiringlash jarayonining surunkali bo'lib qolishiga, bemor yo'taldan paytda o'pkada abtsess natijasida paydo bo'lgan bo'shliqda bosim

Qon tekshirilganda neytrofillarning metamielotsitlarga qadar soʻrilishi natijasida leykotsitlar soni $15 \cdot 10^9/l$ gacha ortadi, EChT ortishi kuzatiladi. Qon bioximik laboratoriyada tekshirilganda α_2 - va β -globulinlar, fibrinogen normadan ortiqcha boʻladi. Peshob (siydik)da oz miqdorda proteinuriya kuzatiladi. Balgʻam koʻchishining birdan koʻpayishi (500-700-1000 ml gacha), tana haroratining meyorga tushishi, koʻkrak qafasida ogʻriq, xarsillashning kamayishi, qonda leykotsitlar miqdorining kamayishi, yiringlash oʻchogʻining bronx yoʻliga yorilganligidan va bronxlar drenaj funksiyasining tiklanganligidan, kasallik II bosqichga oʻtganligidan darak beradi. Bemor ajratayotgan balgʻamning miqdoriga qarab patologik jarayonning xarakteri, hajmi, bronxlar drenaj funksiyasining holati haqida fikr yuritish mumkin. Balgʻam 2 yoki 3 qavatli boʻlib, 1-qavati

ko'pikli, 2-qavati sariq yiringli, 3-qavati har xil mayda elementlardan iborat bo'ladi. O'pka gangrenasida esa, bemor ajratgan balg'am kulrang, ko'pincha tarkibida o'pka to'qimasining mayda bo'lakchalari elastik tolalar, leykotsitlar, eritrotsitlar, xolesterin va yog' kislota kristallarini mikroskopik tekshirganda ko'rish mumkin bo'ladi.

Davolash. O'pkadagi yiringli kasalliklarni davolash bronxlar drenaj xossasini tiklash va o'pkadagi yiringlash o'chog'ining yo'qotish, kasallik qo'zg'atgan mikroorganizmlarga ta'sir qilish, zaharlanish simptomlariga qarshi kurash, bemorning kasallikka chidamini oshirish tadbirlarini o'z ichiga oladi. O'pkadagi yiringlash o'chog'i bronxlarni Karlens naychasi bilan yuvish, davolash bronxoskopiyasi, ko'krak qafasining punksiya qilish, bemorni balg'am ko'chishini yengillashtiradigan holatda yotqizib qo'yish, aerezollar bilan davolash, davolash gimnastikasi kabi omillardan foydalanish yo'li bilan yo'qotiladi. Yuqori dozada

(1 sutka 4-8 mln TB) antibiotiklar: penitsillin, ampitsilin, klaforan va boshqa kabilarni bemorga ichirish, mushak orasiga, vena qon tomiriga, ingalayatsiya yo'li bilan traxeyaga yuborish tavsiya qilinadi. Antibiotiklar bilan davolash kasallik qo'zg'atgan mikrofloraning antibiotiklarga ta'sirchanligi aniqlangandan keyin boshlanib, yuqori dozalarda bir yoki bir necha xil antibiotiklar bilan olib boriladi. Zaharlanish belgilariga qarshi kurashish uchun glyukoza, gemodez 400 ml vena qon tomiriga yuboriladi. Agar abtsessni stafilokokklar keltirib chiqargan bo'lsa bu holda stafilokokka qarshi anatoksin, gamma-globulin va stafilokokka qarshi plazma bilan davolash zarur bo'ladi. bemor organizmning kasallika qarshiligini ishirish uchun tarkibida oqsil bo'lgan dori-darmonlar: retabolil, nerobollar qo'llaniladi. O'tkir absessning pionevmotoraks, o'pka empiyemasi va o'pkadan qon ketishi kabi asoratlari xirurgik yo'l bilan davolanadi. Kasallikning oldini olish uchun o'tkir va surunkali zotiljam kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash, to'g'ri va to'liq davolash kerak.

Bronxoektaz va Zivert-Kortagener (sindromi) kasalligi

Bronxoektaziya (bronchoectasia) bronxlarning patologik kengayishidir. Bronxoektaziya surunkali kasallik bo'lib, uning o'ziga xos belgilaridan biri har xil shakldagi kengaygan bronxlarning paydo bo'lishidir.

Bronxoektaziyaning etiologiyasi og'ir bronxitlar, ko'k yo'tal kabi kasalliklardan va patogenezida yallig'lanish bronxlar shilliq osti va mushak qavatida tarqalib, mikroostirkulyatsiya buzilishi hisobiga bronx mushaklari atrofiyaga uchraydi va ingichkalashadi. Atrofiyaga uchragan bronxlar chuqur nafas olish aktlarida elastikligi yoqolganligi tufayli kengayib qoladi. Bronxlarning kengayishiga yana bir sabab shuki, yallig'lanish natijasida ularda chandiqlar paydo bo'ladi, ular tortilib, egilib qoladi, shaklini o'zgartiradi. Bronxoektaziya ko'pincha uzoq davom etgan yallig'lanish protsessining natijasi sifatida ham yuz beradi. Kasallikning kelib chiqishiga qattiq chandiqlar paydo qiladigan plevritlar ham yordam beradi. Bronxoektazning kuchayishida bronxlar devori tuzilishidagi tug'ma anomaliyalar, xususan, bronxlarning ikki tomondan kengayishiga olib keladigan muskul va elastik elementlarning zaifligi ham rol o'ynaydi, degan fikrlar bor. Ikki tomonlama bronxoektaziyaning paydo bo'lishiga bronxlar, o'pka yoki plevradagi infeksiyon – yallig'lanish protsesslari sabab bo'ladi, deb qarash kerak.

Bronxoektazlar tug'ma ham bo'lishi mumkin. Autosom retsesiv yo'l orqali avloddan avlodga o'tadi va bu Zivert-Kortagener sindromida uchlik simptom bilan namoyon bo'ladi. Bular bronxoektazlar, surunkali sinusitlar polipozlar, rinoreyalar bilan va ichki organlarning teskari joylashivi (situs viscerum inversus) dir. 1902 yilda Kievlik vrach A.K. Zivert 21 yoshli erkakda qorin ichki organlarning teskari joylashuvi bronxoektaz bilan va yuqori nafas yo'llari nuqsonlari bilan (egarsimon tanglay, burun to'siqlari qiyshayishi, siqilgan hiqildoq) ushbu kasallik namoyon bo'lganligi to'g'risida malumot berdi. 1933 yil shveytsariyalik terapevt Kortagener shunday patologiyani oilaviy holatlar kuzatilganligi to'g'risida elon qildi. Kortagener bemorlarda 50-60% holatlarda kipriklar disfunktsiyasi borligini takidhladi.



Rentgenografiya tasvirida Zivert-Kortagener sindromi tasvirlangan.

Kasallikning klinik ko'rinishi, avvalo, balg'amli yo'tal bilan xarakterlanadi. Yo'talni xarakterli tomoni shundaki, u asosan bemor yotgan holatini o'ng yoki chap tomonga o'zgartirishi yoki ertalablari bezovta qiladi. Chunki kechquruni bilan kengaygan bo'shliqqa balg'am to'planib ertalab turgandan so'ng balg'am bronxlarga harakat qilib, yo'tal chaqiradi. Balg'am ancha ko'p miqdorda ajraladi; u yiringli, suyuq bo'ladi va oson ko'chadi, "og'iz to'lib" chiqadi. Ba'zan balg'am bemor yomboshlab yotganda ayniqsa ko'proq ajraladi. Bunda bronxoektaz o'pkaning qaysi tomonida ekanligini aniqlash osonlashadi; agar bemor chap yoni bilan yotganida yo'tal tutishi va balg'am ko'p ajralishidan shikoyat qilsa, bu narsa bo'shliq uning o'ng tomonida ekanini ko'rsatadi. Balg'am o'z og'irligiga ko'ra tashqariga olib chiquvchi bronxlarga oqadi. Ikki tomonlama, ko'p sonli bronxoektazlarda bu hodisa kuzatilmaydi. Bemorlar juda ko'p, ayniqsa hidli balg'am ajratganlari sababli, og'zi bekiladigan maxsus idish olib yuvishga majbur bo'ladilar. Kengaygan bronxlarda yaralar paydo bo'lganligi tufayli vaqt-vaqti bilan balg'amda qon aralashgan bo'ladi. Ba'zan qon tuflash tufayli kasallikning bunday turini ba'zan o'pka sili kasalligi deb o'ylaydilar.

O'pka perkussiya usulida tekshirilganda o'pkaning kengaygan bronxlar joylashgan qismi ustida timpanik tovush eshitiladi. Qopsimon va silliq devorli katta bo'shliqlar ustida jaranglama tovush eshitiladi. Ba'zi hollarda bo'shliqqa xos gavda holatini o'zgartirish, og'izni ochish yoki yopish vaqtida paydo bo'ladigan boshqacha tovush fenomenlarni, shuningdek darz tuvak tovushini hosil qilish mumkin. Bronxoektazga uchragan joy auskultatsiya qilinsa, bronxial nafas yoki uning amforik nafas tipiga kiruvchi xili eshitiladi, odatda yirik va jarangli xirillashlar ham eshitiladi (tovushning balandligi katta bo'shliqdan chiqqan rezonans hamda bronx devorining qalinlashib zichlanganligiga bog'liq). Bronxoektaziya sohasi, tovush dirilashi va bronxofoniya kuchayadi. O'pka va plevrada chandiqli o'zgarishlar paydo bo'lishi tufayli, bronxlar kengaygan bo'lsa, bemor ko'zdan kechirilganda ko'krak qafasining kasallangan tomoni kichiklashgani seziladi, ko'krakning shu qismi bir oz cho'kkan bo'ladi, nafas olganda esa shu tomon yetarli ko'tarilmaydi. Perkussiya qilinganda o'pkaning shu tomondagi cheti kam siljiydi.

Shuni ham aytib o'tish kerakki, yuqorida korsatib o'tilgan fizik alomatlar sodir bo'lmasligi va kasallik faqat yo'tal hamda balg'am ajralish bilangina kelishi mumkin. Bunday hollarda rentgenologik tekshirish muhim diagnostic ahamiyatga ega. Rentgenologik tekshirishda bronxoektatik kengaygan bo'shliqlar tuxumsimon yorug' joylar shaklida ko'rinadi: bular odatda yakka- yakka, yoki to'p-to'p bo'lib, o'pka ildiziga yaqin joyda, o'pkaning pastki qismida joylashadi; yorug' joy atrofida chandiqli va infiltratli, tasmasimon qorong'i tortmalar ko'zga tashlanadi, ular bronxlar bo'ylab tarqaladi, bo'shliqlarning o'ziga sekret yig'ilib qolgan bo'ladi, ularning kattalarida gorizontall joylashgan suyuqlik ko'rinadi, gavda holatining o'zgarishi bilan bu suyuqlik sathi ham o'zgaradi.

Xaltasimon bronxoektazlar paytidagi manzara ana shunday. Silindrik bronxoektazlarda tortmalar dag'alroq, ular ko'proq o'pkaning pastki qismida joylashgan bo'lib, o'pka ildizidan chiqadi. Silindrik bronxoektazlar kengaygan va devorlari qalinlashgan bronxlarda paydo bo'ladi (bronxlar atrofiyaga uchrab devori yupqalashganda ular ko'rinmaydi: ular secret bilan to'lgandagina ko'rinishi mumkin). Biroq bronxlar kengaygan bo'lishiga qaramay, ba'zan ularni rentgenoskopiyada aniqlab bo'lmaydi (juda mayda bronxoektazlar ko'p bo'lganligi sababli). Bunday hollarda bronxografiya qo'llaniladi. Tekshiriladigan bronx tarmoqlarining tegishli bo'limiga kontrakt modda kiritilgandan keyin uning rasmi olinsa tasvirlanganda o'xshash aniq va

chiroyli manzara hosil bo'ladi: kontrakt qorishma bilan to'lgan bronxoektazlar uzum boshi yoki mevali daraxt shoxida o'xshash shakllar hosil qiladi.

Bronxoektaziyada uchraydigan boshqa alomatlardan biri bemor barmoqlarning uchlari nog'ora cho'plariga o'xshab to'mtoqlanib qolishidir. Bunday o'zgarishning sodir bo'lishi sababli hozirgacha aniqlangan emas. Bunda trofik buzilishlar rol o'ynasa kerak (ba'zi suyaklar, ayniqsa naysimon suyaklar to'qimalarining siyraklashib qolishi-ya'ni osteoporozning sababi ham shunda). Bemor yuzining kerkishi ham kishi diqqatini o'ziga jalb qiladi, bu hol bemorning doimiy yo'talishga bog'liq. Bemorning umumiy ahvoli uzoq vaqtlar davomida o'zgarmaydi. Tana harorati odatda normal bo'ladi, biroq harorat vaqti – vaqti bilan (balg'am ajralmay qolganda) qisqa vaqtda ko'tarilishi mumkin. Kasallik surunkali kechadi, u goh zo'rayib, goh pasayib turadi. Bemor tamomila sog'ayib ketmaydi. Bemorlar o'zlari uchun ham, boshqalar uchun ham ortiqcha yuk bo'lib qoladilar (ayniqsa balg'am badbo'y hidli bo'lganda).

Davolash yaxshi natija bermaydi balg'amni kamaytirish va uning hidini yo'qotish uchun bemorga terpingidrat va natriy benzoat ichiriladi. Sulfanilamidlar (sulfazol, sulfatiazol, sulfadiazin) bilan davolash bir oz foyda beradi, bular kuniga 6-8 g dan 3-5 kunlik kurs bilan tavsiya etiladi. Katta dozalarda antibiotic ham qo'llaniladi. O'pkaning har ikki bo'lagidagi bronxoektazni xirurgik usul bilan davolash mumkin emas. Bu kasallikning oldini olishda bronxit va uzoqqa cho'zilgan o'pka yallig'lanishini o'z vaqtida to'g'ri davolash muhim ahamiyatga egadir.

TEST

1. Normal ko'krak qafasi tiplarini ko'rsating? 1). Normastenik, astenik, paralitik, raxitik; 2). Giperstenik voronkobraz (qadoqsimon) astenik; 3). Giperstenik, normastenik; 4). Astenik, emfizematoz, paralitik. 5). Astenik, giperstenik;

a) 1,3;

b) 2,3;

v) 3,5;

g) 4,5.

2. Patologik tipdagi ko'krak qafasini aniqlang? 1). Astenik, paralitik, voronkobraz (qadoqsimon); 2).

Raxitik, astenik, emfizematoz, paralitik; 3). Raxitik, qayiqsumon, normastenik; 4). Emfizematoz, raxitik, paralitik; 5). Voronkobraz (qadoqsimon), lotkasimon, tovuqsimon;

a) 1,3;

b) 3,4;

v) 2,4;

g) 4,5.

3. Normal nafas tibini aniqlang? 1). Ko'krak aralash Grokk; 2). Qorin aralash kussmaull; 3). Ko'krak aralash; 4). Ko'krak Cheyn-Stoks aralash; 5). Qorin aralash;

a) 1,2;

b) 3,4;

v) 3,5;

g) 1,5.

4. Patologik nafas tipini aniqlang? 1). Grokk, Cheyn-Stoks, Biot, aralash; 2). Kussmaull Biot Grokk; 3). Grokk Cheyn-Stoks qorin, 4). Cheyn-Stoks Kussmaull Ko'krak; 5). Cheyn-Stoks Biot Grokk;

a) 1,2;

b) 2,5;

v) 2,3;

g) 2,4;

5. Ko'krak qafasi palpatsiyasida aniqlanadi? 1). Tovush tebranishi; 2). Krepitatsiya, plevra isqalanish shovqini, 3). Tovush tebranishi Krepitatsiya; 4). Mushuk xrillash smptomi; 5). Mushuk xrillash smptomi Krepitatsiya;

a) 1,3;

b) 2,4;

v) 1,5;

g) 1,4;.

6. Tovush tebranishi susayadi: 1). Plevra bo'shlig'ida suyuqlik, gaz yig'ilsa, ko'krak qafasi qalinlansa;

2). Bronxning o'sma bilan yopilishi, holsiz bemorda tovush pasayishida. 3). O'pka to'qimasi havosiz bo'lsa, ko'krak qafasi qalinlashsa; 4). O'pka to'qimasi qalinlashsa, plevra bo'shlig'ida gaz to'plansa. 5). O'pkaning krupoz yalig'lanishida, semizlikda.

a) 1,2;
b) 1,3;
v) 1,4;
g) 1,5.

7. Tovush tebranishi kuchayadi: 1). O'pka to'qimasi qalinlashsa, infiltratli tuberkulyozda. 2). O'pka infarktida, o'pkaning plevra bo'shlig'idagi suyqlik bilan siqilishida. 3). Semizlikda, tuberkulyozda. 4). O'pka infarktida, bronxning balg'am bilan yopilishida. 5). O'pka infarktida, kavernoza tuberkulyozda ko'krak qafasi qalinlashsa.

a) 1,2;
b) 1,3;
v) 1,4;
g) 1,5.

8. Ko'krak qafasi perkussiyasida aniqlanadi: 1). Ikki o'pka taqqoslanadi, topografik perkussiya qilinadi. 2). O'pka ekskursiyasi aniqlanadi, yurak chegarasi aniqlanadi. 3). Topografik perkussiya, qiyosiy perkussiya qilinadi, krenik maydoni yuqori chegarasi aniqlanadi. 4). Qiyosiy perkussiya, o'pka ekskursiyasi aniqlanadi, jigarning pastki chegarasi aniqlanadi. 5). Topografik perkussiya, qiyosiy perkussiya va medaning yuqori chegarasi aniqlanadi.

a) 1,2,4;
b) 1,2,3;
v) 2,3,5;
g) 1,4,5.

9. Ko'krak qafasida perkussiyasida potologik perkutor tovushlarini aniqlang: 1). Bo'g'iqlik, quticha tovush. 2). Timpanik, bo'g'iqlik. 3). Bo'g'iqlik, aniq o'pka tovushi. 4). Aniq o'pka tovushi, quticha. 5). Timpanik, o'pka tovushi.

a) 1,4;
b) 1,3;
v) 1,2;
g) 1,5.

10. Bo'g'iqlik perkutor tovush eshitiladi: 1). O'pka o'smasi ustida, Travbe bo'shlig'ida.. 2). O'pka o'smasi ustida, krupoz pnevmoniya II davrida. 3). Eksudativ plevritda, o'pka emfizemasida. 4). o'pka absessi ustida, krupoz pnevmoniya III davrida. 5). Eksudativ plevritda, o'pka absessi ustida

a) 1,2;
b) 1,3;
v) 1,4;
g) 2,5.

11. Timpanik perkutor tovush eshitiladi: 1). O'pka emfizemasida. 2). O'pka absessi bo'shalsa. 3). Krenik maydonida. 4). Travbe bo'shlig'ida. 5). Bronxial astmada.

a) 1,2;
b) 1,3;
v) 2,4;
g) 1,5.

12. Travbe maydonida perkutor tovush: 1). Baraban tovushi. 2). Timpanik tovush. 3). Quticha tovush. 4). Bo'g'iqlik tovush. 5). O'pka tovushi.

a) 1,2;
b) 1,3;
v) 1,4;
g) 1,5.

13. Krenik maydoni qisqaradi: 1). Bronxial astmada. 2). Pnevmosklerozda. 3). Tuberkulyozda. 4). Eksudativ plevritda. 5). Obstruktiv bronxitda.

a) 2,3;

- b) 1,3;
- v) 1,4;
- g) 1,5.

14. O'pkaning pastki chegarasining yuqoriga siljishi sabablari: 1). O'pka bujmayishi, atelektazida. 2). Jigar exinekokkida taloq katalashsa (leykozda), o'pka emfizemasida. 3). Bronxial astmada pnevmosklerozda, plevra bo'shlig'ida suyuqlik, havo to'plansa. 4). Atelektazda bronxial astmada, plevra bo'shlig'ida suyuqlik to'plansa. 5). Plevra bo'shlig'ida suyuqlik to'plansa, jigar exinekokkida.

- a) 1,2;
- b) 1,3;
- v) 1,4;
- g) 1,5.

15. Bir o'pkaning pastki chegarasining pastga siljishi kuzatiladi: 1). Bir o'pkaning emfizemasida, (eksudativ plevritda) gidrotoraksda. 2). Bronxial astmada, gidrotoraksda. 3). Astsitda, gidrotoraksda. 4). Diafragmaning bir tomonlama paralichiga. 5). Obstruktiv bronxitda, eksudativ plevritda.

- a) 1,2;
- b) 1,3;
- v) 1,4;
- g) 1,5.

16. O'pkaning pastki chegarasining faol harakati cheklanadi: 1). O'pka elastiklik xususiyati pasayishida (emfizemada), plevra bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilsa. 2). O'pka emfizemasida, atsitda, bronxoektazda. 3). O'pka to'qimasining to'laqonligida, o'pkaning yalig'lanishli infiltratida. 4). O'pka to'qimasi to'laqonligi, abstruktiv bronxitda. 5). O'pka to'qimasi elastikligining pasayishida bronxoektazda.

- a) 1,2;
- b) 1,3;
- v) 1,4;
- g) 1,5.

17. Vezikulyar nafas yaxshi eshitiladi: 1). Old tomondan II qovurg'a pastida tashqarisida, qo'ltiq osti. 2). Kurakning pastida, qo'ltiq ostida. 3). O'pkaning o'ng cho'qqisida, II qovurg'a ichida. 4). to'sh suyagi atrofida, qo'ltiq ostida. 5). to'sh suyagi atrofida, kurak ostida.

- a) 2,3;
- b) 1,2;
- v) 3,4;
- g) 4,5.

18. Vezikulyar nafasning fiziologik susayishi: 1). O'pka emfizemasida, bolalarda. 2). Teri ostida yog' to'planishida ko'krak sohasida. 3). Ko'krak nafasining qalinlashishida. 4). Ko'krak qafasi mushaklari rivojlansa va emfizemada. 5). Astenik tipdagi odamlarda, bronxial astmada.

- a) 2,3;
- b) 1,2;
- v) 3,4;
- g) 4,5.

19. Vezikulyar nafasning patologik susayishi: 1). Astenik tipdagi odamlarda, bolalarda. 2). O'pka atelektozida, nafas olishda ishtirok etuvchi mushaklar yallig'lanishida. 3). Bronxitda, o'pka emfizemasida. 4). O'pka emfizemasida, krupoz pnevmoniyada boshlang'ich davri (I bosqichda). 5). Bolalarda, o'pka emfizemasi.

- a) 1,2;
- b) 2,3;
- v) 2,4;
- g) 4,5.

20. Sakkadirlangan nafas paydo bo'ladi: 1). Nafas olishda ishtirok etuvchi mushaklarning noteks qiqarishida. 2). Emfizemada, krupoz pnevmoniyada. 3). O'pka emfizemasi va nevrалgiyalarda. 4). Sovuqda va bronxial astmada. 5). Sovuqda nafas mushaklari noteks qiqarishida hamda nervlari shikastlanishida.

- a) 1, 5;
- b) 2,3;

- v) 3,4;
- g) 4, 2.

21. Fiziologik holatda bronxial nafas eshitiladi:1). Bronx bo'lingan joyga, kurak osti, qo'ltiq ostida.2). Bronxlar bifurkatsiya joyida, xanjarsimon o'simtasi asosida.3). Kurak ostida, qo'ltiq ostida, traxeyada.4). O'pka asosida, hiqildoq sohasida.5). Hiqildoq sohasida traxeya ustida, kurak orasida III-IV ko'krak umurtqasi sohasida.

- a) 2,3;
- b) 2,5;
- v) 3,4;
- g) 4, 1.

22. Patologik holatda ko'krak sohasida bronxial nafas eshitiladi. 1).Tuberkulyozda, bronxial astmada, bronxitda.2). O'pkani krupoz yallig'lanishida II bosqichda, tuberkulyozda compression atelektazda.3). O'pka emfizemasi, krupoz yallig'lanishida.4). O'pka to'qimasi qalinlashsa, alveola eksudat bilan to'lsa.5). O'pka o'smasi, surunkali abstruktiv bronxitda.

- a) 2,4;
- b) 2,3;
- v) 3, 1;
- g) 4,5.

23. Bronxial nafasning patologik turiga kiradi:1). Amforik, metalik nafas.2). Stenotik, pueril.3). Amforik, sakkadirlangan.4). Stenotik, amforik. 5). Metalik, amforik, pueril sakkadirlangan

- a) 1, 4;
- b) 2,3;
- v) 3,2;
- g) 4,5.

24. Xrillashlar hosil bo'ladi:1). Bronx devor qalinlashsa, o'pka to'qimasi yallig'lansa.2). Bronxda fibroz to'qima hosil bo'lsa, Bronx devor qalinlashsa.3). Bronx hajmi toraysa, bronxda suyuqlik yig'lsa (balg'am).4). Bronxda balg'am to'plansa, krupoz pnevmoniyada.5). Bronxospazmda, o'pka atelektazida, bronxda balg'am yig'lsa.

- a) 2,3;
- b)1,2;
- v) 3,4;
- g) 4,5.

25. Xrillashlar eshitiladi:1). Nafas olganda, chiqarganda.2). Nafas olganda, o'pka to'qimasi yallig'lansa.3). Bronx toraysa, balg'am yig'lsa.4). Nafas chiqarganda, o'pka to'qimasi yallig'lansa.5). Bronx toraysa, krupoz pnevmoniyada III bosqich.

- a) 2,1;
- b) 1, 3;
- v) 3,4;
- g) 4,5.

26. Krepitatsiya eshitiladi:1). Nafas olganda, bronxial astmada.2). Nafas olganda, chiqarganda, yallig'lansa.3). Alveolada kam suyuqlik to'plansa, alveola ochilish vaqtida.4). Faqat nafas olganda, o'pka to'qimasi yallig'langanda. 5). Nafas olganda, o'pka atelektazida

- a) 4,5
- b)2,3;
- v)1,2;
- g) 3,4;.

27. Plevra ishqalanish shovqini eshitiladi;1). Nafas olganda, chiqarganda, plevra yallig'lanishida.2). Plevrada fibrin to'plansa, plevra varaqasi spaykasida.3). Nafas olganda, chiqarganda, perikarditda. 5). Plevra varaqasida fibrin to'plansa, perikarditda.5). Faqat nafas olganda.

- a) 1,2;
- b) 2,3;
- v) 3,4;
- g) 4,5.

28. Astma statusidagi perkutor o'zgarishlar; 1). O'pkaning pastki chegarasi pastga, yuqori chegarasi yuqoriga siljiydi. 2). O'pka ekskursiyasi pastga siljiydi, krenik maydi pastga siljiydi. 3). O'pka ekskursiyasi pastga siljiydi, yurak mutloq to'mtoqlik chegarasi kamayadi. 4). Krenik maydoni kengaydi, yurak mutloq chegarasi kengaydi. 5). O'pka ekskursiyasi cheklanadi, quticha tovush eshitiladi, o'pka pastki chegarasi yuqoriga siljiydi.

a) 3,4;

b) 1, 2;

v) 1, 3;

g) 4,5.

29. Status asmatikusda auskultativ o'zgarishlarni ko'rsating; 1). Vezikulyar nafas susayadi, quruq xirillashlar eshitiladi. 2). Hushtaklovchi xirillashlar eshitiladi, vezikulyar nafas susayadi. 3). Vezikulyar nafas kuchayadi, hushtaklarga xirillash eshitiladi. 4). Bronxial nafas kuchayadi, krepitatsiya eshitiladi. 5). Vezikulyar nafas susayadi, krepitatsiya eshitiladi

a) 1,2;

b) 2,3;

v) 3,4;

g) 4,5.

30. Bronxial astma uchun xarakterli laborator ko'rsatkichlarni ko'rsating; 1). Kurshman spirallari, Sharko – Leyden kristallari, leykopeniya. 2). Eozinofiliya, Kurshman spirallari. 3). Limfositoz, Sharko – Leyden kristallari. 4). Limfositoz Eozinofiliya, gipoxroniya. 5). Kurshman spirallari, Sharko – Leyden kristallari, Eozinofiliya, EChT pasayishi.

a) 2, 1;

b) 2,3;

v) 3,4;

g) 4,5.

31. Astma statusida bemorlarni ko'zdan kechirishda kuzatiladi; 1). Ko'krak qafasi bochkasimon (emfizematoz) bo'yin venalari nafas chiqarishda kengayadi, burun shishgan. 2). Emfizematoz ko'krak tipi, yurak turtkisi chapga siljiydi. 3). Nafas olishda yordamchi mushaklar ishtirok etadi. 4). Bo'yin venasi kengaygan, ko'krak toraygan shovqinli nafas. 5). Emfizematoz ko'krak tipi va yurak chapga siljigan, o'pka pastga siljigan.

a) 4,5.

b) 2,3;

v) 3,4;

g) 1,3;

32. Plevral punksiyasi o'tkazish joyini ko'rsating; 1). Qo'ltiq osti linyasi 8 qovurg'a ustidan. 2). 7 - 8 qovurg'a oralig'i, pastki qovurg'a ustki. 3). Kurak linyasi, 7-8 qovurg'a oralig'i. 4). Qo'ltiq osti orqa linyasi. 5). Qo'ltiq osti orqa linyasi 7 qovurg'a usti.

a) 2,4;

b) 2,3;

v) 3,4;

g) 4,5.

33. Transudat xarakterga ega bo'lgan plevra suyuqligi hosil bo'ladi; 1). O'pka yallig'lanishi, revmatizm, rak. 2). O'pkada limfa aylanishining buzilishi. 3). O'pka yallig'lanishiga. 4). O'pka tuberkulyozida. 5). Qon aylanishining buzilishiga.

a) 3,4;

b) 2,3;

v) 2,5;

g) 4,5.

34. Eksudat xarakterga ega bo'lgan plevra suyuqligi xos; 1). O'pka yallig'lanishi, tuberkulyoz. 2). Limfogranulematoz, qon aylanishining buzilishi. 3). Tuberkulyoz, limfa aylanishining buzilishi. 4). Revmatizm qon aylanishining buzilishi. 5). Revmatizm, rak, limfogranulematoz.

a) 3,4;

b) 2,3;

v) 1,5;

g) 4,5.

35. Eksudat uchun xos; 1). Oqsil 3% dan ko'p, loyqa, nisbiy zichligi 1,015 katta. 2). Tiniq oqsil 3% dan kam, nisbiy zichligi 1,015 katta. 3). Tiniq, oqsil 3% dan ko'p, nisbiy zichligi 1,015 katta
4). Cho'kma hosil qilish, infeksiya borligi. 5). Cho'kma hosil qiladi nisbiy zichligi 1,015 kichik.

- a) 3,5;
- b) 1,3;
- v) 3,4;
- g) 1,4;

36. Transudat uchun xos; 1). Nisbiy zichligi 1,012 dan kichik, loyqa. 2). Nisbiy zichligi 1,012 va undan kichik. 3). Tiniq oqsil 3% ko'p. 4). Tiniq nisbiy zichligi 1,015 katta. 5). Tiniq oqsil 3% kam

- a) 2,5;
- b) 1,3;
- v) 2,3;
- g) 4,5.

37. Pnevmotoraks uchun xos; 1). Ko'krak asimetriya, auskultatsiyada nafas kuchaygan. 2). Auskultatsiyada nafas va bronxofoniya susaygan. 3). Asimetriya ko'krak qafasida, va tovush tebranishi shu tomonda past, perkutor timpanik tovush. 4). Bronxofoliya susaygan, perkussiyada quticha tovush. 5). Timpanik tovush, auskultativ nafas kuchaygan

- a) 1,2;
- b) 2,3;
- v) 3,4;
- g) 4,5.

38. O'pkada bo'shliq hosil bo'lish sindromi uchun xos; 1). Tovush tebranishi susayishi, rentgenda bo'shliq simptom. 2). Auskultatsiyada amforik tovush, rentgenologik bo'shliq sindrom. 3). Kasal tomonini nafas olishda orqada qolishi, tovush tebranishini kuchayishi. 4). Auskultativ amforik tovush, tovush tebranishi susaygan. 5). Tovush tebranishi kuchaygan, auskultativ bronxial nafas

- a) 3,4;
- b) 1,2;
- v) 2,3;
- g) 4,5.

39. O'pka to'qimasi zichlashish sindromi uchun xos; 1). Perkutor bo'g'iqliq tovush, rentgenda soya borligi. 2). Bronxial nafas va bronxofoniya susaygan. 3). Perkutor bo'g'iqliq tovush, auskultativ vezikulyar nafas. 4). Auskultativ bronxial nafas, bronxofoniya kuchaygan. 5). Perkutor bo'g'iqliq tovush, amforik nafas.

- a) 1,2;
- b) 2,3;
- v) 1,4;
- g) 4,5.

40. Krupoz pnevmoniya boshlang'ich bosqichi uchun xos; 1). Auskultativ xirillash. 2). Kuchaygan vezikulyar nafas. 3). Boshlang'ich krepatatsiya (krepitatsio indux). 4). Perkutor quticha tovush. 5). Susaygan vezikulyar nafas

- a) 1,3;
- b) 2,3;
- v) 3,4;
- g) 2,5.

41. Krupoz pnevmoniya 2 bosqichi (razgar) uchun xos; 1). Perkutor bo'g'iqliq tovush, auskultativ xirillash. 2). Perkutor bo'g'iqliq va auskultativ krepatatsiya. 3). Bronxial nafas va perkutor timpanik tovush. 4). Perkutor bo'g'iqliq tovush. 5). Auskultativ bronxial nafas.

- a) 1,4;
- b) 2,3;
- v) 3,4;
- g) 4,5.

42. Krupoz pnevmoniya 3 bosqichi (sog'ayish) uchun xos; 1). Auskultativ krepatatsiya (krepitatsio redux). 2). Auskultativ krepatatsiya, perkutor quticha tovush. 3). Perkutor bo'g'iqliq tovush kamayishi, timpanik tovush hosil

bo'lishi. 4). Auskultatsiya xirillash va tovush tebranishi kuchayishi. 5). Bo'g'iq tovush kamayishi, quticha tovush hosil bo'lishi

a) 1,2;

b) 1,3;

v) 3,4;

g) 4,5.

43. O'pka absessi uchun xos; 1). Leykositoz EChT susayishi. 2). Leykositoz EChT oshishi. 3). Perkutor to'mtoqroq tovush absces ustida. 4). Perkutor to'mtoq tovush leykopeniya. 5). EChT oshishi leykopeniya

a) 2,3;

b) 2,4;

v) 3,4;

g) 4,5.

44. Quruq plevrit uchun xos; 1). Auskultativ plevra ishqalanish shovqin. 2). Rentgenologik diafragma harakati cheklanishi. 3). Krepitatsiya va rentgenologik soya. 4). Plevra ishqalanish shovqini, rentgenologik soya. 5). Kasal tomonga (Plevrit) yotsa og'riqning susayishi.

a) 2,4,5;

b) 2,3,5;

v) 3,4,1;

g) 1,2,5.

45. Eksudativ plevritda suyuqlikni yuqori chegarasi uchun xos; 1). Linya Damuazo va Rauxfusso Grokk uchburchagi. 2). Garlend uchburchagi. 3). Rauxfuss Grokk uchburchagi. 4). Linya Damuazo 5). Garlend va Rauxfuss Grokk uchburchagi.

a) 1,5.

b) 2,3;

v) 1,4;

g) 2,4;

46. Simptom deganda nima tushiniladi?

a) kasallik belgisi

b) kasallik qo'zishi

v) kasallik sussayib qolishi

g) kasallik asorati

47. Sindrom nima?

a) kasallik simptomlari majmuasi

b) kasallikning avj olishi

v) kasallik sababi

g) kasallik asorati

48. Sub'yektiv tekshirishga nima kiradi?

a) ko'zdan kechirish

b) bemor auskultatsiyasi

v) so'rab surishtirish

g) palpatsiya

49. Vrachning xatosi tufayli kelib chiqadigan kasallik?

a) somatik kasallik

b) yatrogen kasallik

v) endogen kasallik

g) organik kasallik

50. Perkussiya nima?

a) Umumiy ko'zdan kechirish

b) Paypaslab ko'rish

v) To'qillatib tekshirish

g) Eshitib ko'rish

51. Kasallik anamneziga quyidagilardan qaysilari kirmaydi?

a) Palpatsiya

- b) Qachon boshlangan va qanday kechganligi
- v) Tug`ilgan va yashash joyi
- g) Ovqatlanish sharoiti

52. Interrogatio nima?

- a) So`rab surishtirish
- b) Ko`zdan kechirish
- v) Ob`ektiv tekshirish
- g) O`rganish

53. Ob`ektiv tekshirish usullariga kiradi:

- a) bemor shikoyatlari va anamnezi
- b) davolash dori-darmonlari
- v) laborator, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya
- g) ko`zdan kechirish, hayot anamnezi

54. Remissiya nima?

- a) kasallik qo`zishi
- b) kasallik kechishi
- v) kasallik asorati
- g) kasallik belgilari susayishi

55. Rentgenografiya tekshirish usulini qanday tushunasiz?

- a) ob`ektiv tasvirni yorug`lik tushadigan materialga tushirib rasmni olish
- b) o`bektiv tasvirni ekranda ko`rish
- v) organlar harakatini kuzatish
- g) organ zichligini kuzatish

56. Retsidiv nima?

- a) kasallik belgisi
- b) kasallikning qayta qo`zishi
- v) kasallik sanasi
- g) simptomlarni tahlil qilib xulosa chiqarish

Surunkali o`pkaning obstruktiv kasalligi mavzusi yuzasidan test savollari

1. Bemorda biroz yo`tal va balg`am ajralishi kabi simptomlar ba`zan bezovta qiladi, hansirash kuzatilmaydi.

OFV1 $\geq$ 80% kerakli miqdordan, OFV1/FJYL $<$ 70% bo`lganda.

Bemorda surunkali o`pkaning obstruktiv kasalligi nechanchi darajaligini ayting.

a) I yengil daraja.

b) II-o`rta og`ir daraja.

c) III-og`ir daraja.

d) IV-o`ta og`ir daraja.

2. Doimiy yo`tal, balg`am, hansirash bezovta qiladi. Bemor ko`zdan kechirilganda ko`krak qafasi emfizematoz tipda. 30% $<$ OFV1 $<$ 50%, OFV1/FJYL $<$ 70%. Bemorda surunkali o`pkaning obstruktiv kasalligi nechanchi darajaligini ayting.

a) I-engil daraja.

b) II-o`rta og`ir daraja.

c) IV-o`ta og`ir daraja.

d) III-og`ir daraja.

3. Yo`tal doimiy va ertalablari rivojlangan, balg`am chiqishi qiyin, hansirash biroz jismoniy zo`riqishda yuzaga chiqadi. 27 yildan buyon tamaki chekadi.

50% $=$ OFV1 $<$ 80%, OFV1/FJYL $<$ 70%.

Bemorda surunkali o`pkaning obstruktiv kasalligi nechanchi darajaligini ayting.

a) I-yengil daraja.

b) II-o`rta og`ir daraja.

c) III-og`ir daraja.

d) IV-o`ta og`ir daraja.

4. Doimiy yo'tal, balg'am, hansirash bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda ko'krak qafasi emfizematoz tipda. Teri ranglari sarg'ish tusda. Surunkali nafas yetishmovchiligi va o'ng qorincha yetishmovchiligi kuzatiladi.

OFV1/FJYL<70%. OFV1<30% yoki OFV1<50%

Bemorda surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi nechanchi darajaligini ayting.

- a) I-yengil daraja.
- b) II-o'rta og'ir daraja.
- c) **IV-o'ta og'ir daraja.**
- d) III-og'ir daraja.

5. Bemor 53 yosh, 30 yildan buyon paxta tozalash zavodida ishlaydi hamda 18 yildan buyon tamaki chekadi. Bemorni 15 yildan buyon yo'tal, balg'am ajralishi bilan bezovta qiladi. Hansirash rivojlanmagan. Bemor obdon subektiv va obektiv tekshirilganda va surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi deb tashxis qo'yildi. Ushbu ko'rsatkichlar kasallikning qaysi turiga mansub.

- a) emfizematoz turi
- b) **bronxitik turi**
- c) aralash turi
- d) surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligiga xos belgilar yo'q

6. Bemor 67 yosh, 15 yildan buyon paxta tozalash zavodida ishlaydi hamda 10 yildan buyon tamaki chekadi. Bemorni 5 yildan buyon biroz yo'tal, balg'am ajralishi bilan bezovta qiladi. Hansirash rivojlangan. Bemor obdon subektiv va obektiv tekshirilgandan so'ng surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi deb tashxis qo'yildi. Ushbu ko'rsatkichlar kasallikning qaysi turiga mansub.

- a) **emfizematoz turi**
- b) bronxitik turi
- c) aralash turi
- d) surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligiga xos belgilar yo'q

7. Bemor 53 yosh, paxta tozalash zavodida ishlaydi hamda 18 yildan buyon tamaki chekadi. Bemor ko'zdan kechirilganda tanasida biroz shish va rangi ko'kimtirdir. Bemorni 10 yildan buyon yo'tal, balg'am ajralishi bilan bezovta qiladi. Hansirash rivojlanmagan. Bemor obdon subektiv va obektiv tekshirilgandan so'ng surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi deb tashxis qo'yildi. Ushbu ko'rsatkichlar kasallikning qaysi turiga mansub.

- a) emfizematoz turi
- b) surunkali bronxit
- c) **bronxitik turi**
- d) surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi aralash turi

8. Bemor 66 yosh, 18 yildan buyon paxta tozalash zavodida ishlaydi hamda 22 yildan buyon tamaki chekadi. Bemor ko'zdan kechirilganda ozg'in va rangi sarg'ish tusda. Bemorda 10 yildan buyon yo'tal, biroz balg'am ajralishi bilan kuzatiladi. Kuchayib boruvchi hansirash bezovta qiladi. Bemor obdon subektiv va obektiv tekshirilganda va surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi deb tashxis qo'yildi. Ushbu ko'rsatkichlar kasallikning qaysi turiga mansub.

- a) bronxitik turi
- b) surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi aralash turi
- c) surunkali bronxit
- d) **emfizematoz turi**

9. Bemor 48 yosh, qabulga kelganda yo'tal, balg'am ajralishi bilan juda kuchli jismoniy zo'riqishda hansirash bo'ladi. Auskultatsiya qilinganda susaygan nafas eshitiladi. Ushbu bemorda hansirashning nechanchi darajaligini ayting.

- a) **0) daraja**
- b) I daraja
- c) II daraja
- d) III daraja
- e) IV daraja

10. Bemor 50 yosh, tekshiruv vaqtida yo'tal balg'am ajralishi bilan hamda hansirash tekis yo'lda juda tez yurganda va balandlikka ko'tarilganda sodir bo'ladi. Auskultatsiya qilinganda susaygan nafas eshitiladi va biroz xryllashlar eshitildi. Ushbu bemorda hansirashning nechanchi darajadaligini ayting.

- a) 0) daraja
- b) I daraja**
- c) II daraja
- d) III daraja
- e) IV daraja

11. Keksaygan bemor tekshiruv vaqtida yo'tal balg'am ajralishi bilan hamda tekis yo'lda sekin yursa ham hansirash bo'ladi va bemor to'xtashga majbur bo'ladi, dam olishini takidlaydi. Palpatsiyada ovoz dirillashi kuchaygan. Ushbu bemorda hansirashning nechanchi darajadaligini ayting.

- a) 0) daraja
- b) I daraja
- c) II daraja**
- d) III daraja
- e) IV daraja

12. Bemor 62 yoshda tekshiruv vaqtida yo'tal balg'am ajralishi bilan hamda hansirash bezovta qiladi. 100 metr yursa hansirash bo'ladi va bemor dam olishga majbur bo'ladi. Perkussiyada bo'g'iqliq tovush bo'lishi mumkin. Ushbu bemorda hansirashning nechanchi darajadaligini ayting.

- a) III daraja**
- b) I daraja
- c) II daraja
- d) 0 daraja
- e) IV daraja

13. Bemor 69 yoshda tekshiruv vaqtida yo'tal balg'am ajralishi bilan hamda hansirash bezovta qiladi. Tinch holatda hansirash bezovta qiladi, bemorda jismoniy harakat cheklangan, hansirash tufayli yurmaydi va uydan chiqmaydi. Perkussiyada bo'g'iqliq tovush bo'lishi mumkin. Ushbu bemorda hansirashning nechanchi darajadaligini ayting.

- a) 0) daraja
- b) I daraja
- c) II daraja
- d) III daraja
- e) IV daraja**

14. Bemor 53 yoshda, tekshiruv vaqtida yo'tal balgam ajralishi bilan tana harorati ko'tarilganligi bezovta qiladi. Kuchli jismoniy zo'riqlashda hansirash bezovta qiladi, bemorda jismoniy harakat cheklanmagan. Perkussiyada bo'g'iqliq tovush bo'lishi mumkin. Bemorda OFV1-80% dan ko'p.

- a) O'pkaning Surunkali Obstruktiv Kasalligi tashxisi qo'yiladi.
- b) O'pkaning Surunkali Obstruktiv Kasalligi tashxisini inkor qilinadi.**
- c) Bemorda nafas yetishmovchiligi mavjud
- d) O'pkaning Surunkali Obstruktiv Kasalligi engil daraja
- e) O'pkaning Surunkali Obstruktiv Kasalligi II daraja

15. Bemor 58 yoshda, tekshiruv vaqtida yo'tal balgam ajralishi bilan tana harorati ko'tarilganligi bezovta qiladi. Kuchli jismoniy zo'riqlashda hansirash bezovta qiladi. OFV1 80% dan past, OFV1/JYL 70% dan past. Perkussiyada bo'g'iqliq tovush bo'lishi mumkin.

- a) O'pkaning Surunkali Obstruktiv Kasalligi tashxisini inkor qilinadi.
- b) Bemorning bronxlarida obstruktsiya borligidan dalolat beradi.**
- c) Bemorda nafas yetishmovchiligi mavjud
- d) O'pkaning Surunkali Obstruktiv Kasalligi III daraja
- e) O'pkaning Surunkali Obstruktiv Kasalligi IV daraja

16. Bemor 60 yoshda onda sonda bir yo'tal xuruji (yil davomida IV martadan kam) bo'lgan, hamroh kasalliklar bo'lmagan, pikfloumetriya va 1 sekundda nafas chiqarish tezligi tekshiruvi o'tkazilganda kam miqdorda (yengil) bronx o'tkazuvchanligi buzilishi aniqlandi (obyom forsirovannogo vidoxa za 1sek-OFV1>50% kerakli miqdordan.). Kasallik xurujini aniqlang.

- a) O'pkaning Surunkali Obstruktiv Kasalligi IV daraja
- b) O'SOK ning asoratlangan xuruj
- c) O'pkaning Surunkali Obstruktiv Kasalligi III daraja
- d) **O'SOK ning oddiy asorotlanmagan xuruj**

17. Bemorlarning yoshi 68 yoshda. Tekshirilganda o'pka ventillyatsion funksiyasini kuchli buzilishi (OFV1<50% kerakli miqdordan) kuzatildi. Hamroh kasalligi qandli diabet, asorati diabetik nefropatiya. Oxirgi yilda 5 marta yo'tal balg'am ajralishi bilan, hansirash xuruji bo'ldi va ikki marta shu kasallik tufayli xuruji bilan gospitalizatsiya qilingan. Davolanish davomida 40 mgdan prednizolon hamda seftriakson 1,0 mushak orasiga oxirgi uch oy davomida olgan. Kasallik xurujini aniqlang.

- a) O'pkaning Surunkali Obstruktiv Kasalligi IV daraja
- b) **O'SOK ning asoratlangan xuruj**
- c) O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi III daraja
- d) O'SOK ning oddiy asorotlanmagan xuruj

18. Bemorda o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligining asoratlangan xuruji deb hisoblanadi qachonki...

A) Bemorlarning yoshi 65 yoshda yoki katta, o'pka ventillyatsion funksiyasini kuchli buzilishi (OFV1<50% kerakli miqdordan) kuzatilsa. Hamroh kasalligi qandli diabet, diabetik nefropatiya asorati va oxirgi yilda 4 martadan ko'p xuruj bo'lsa, va 2 marta shu kasallik tufayli xuruji bilan gospitalizatsiya qilinsa, glyukokortikosteroid, antibakterial preparat oxirgi 3 oyda qabul qilsa.

B) Onda sonda bir xuruj (yil davomida IV martadan kam) bo'lganda va 65 yoshgacha bo'lgan bemorlarda, hamroh kasalliklar bo'lmaganda, kam miqdorda (yengil) bronx o'tkazuvchanligi buzilishi bo'lgandagina hisoblanadi (obyom forsirovannogo vidoxa za 1sek-OFV1>50% kerakli miqdordan.).

C) Onda sonda bir xuruj (yil davomida IV martadan kam) bo'lganda va 65 yoshgacha bo'lgan bemorlarda, hamroh kasalliklar bo'lganda, 2 marta shu kasallik tufayli xuruji bilan gospitalizatsiya qilinsa, glyukokortikosteroid, antibakterial preparat oxirgi 3 oyda qabul qilsa.

D) Bemorlarning yoshi 65 yoshda yoki katta, o'pka ventillyatsion funksiyasini kuchli buzilishi (OFV1<50% kerakli miqdordan) kuzatilsa, onda sonda bir xuruj (yil davomida IV martadan kam) bo'lganda va 65 yoshgacha bo'lgan bemorlarda .

19. Bemordao'pkaning surunkali obstruktiv kasalligining asorotlanmagan xuruji deb hisoblanadi qachonki...

a) Bemorlarning yoshi 65 yoshda yoki katta, o'pka ventillyatsion funksiyasini kuchli buzilishi (OFV1<50% kerakli miqdordan) kuzatilsa. Hamroh kasalligi qandli diabet, diabetik nefropatiya asorati va oxirgi yilda 4 martadan ko'p xuruj bo'lsa, va 2 marta shu kasallik tufayli xuruji bilan gospitalizatsiya qilinsa, glyukokortikosteroid, antibakterial preparat oxirgi 3 oyda qabul qilsa.

b) Onda sonda bir xuruj (yil davomida IV martadan kam) bo'lganda va 65 yoshgacha bo'lgan bemorlarda, hamroh kasalliklar bo'lganda, 2 marta shu kasallik tufayli xuruji bilan gospitalizatsiya qilinsa, glyukokortikosteroid, antibakterial preparat oxirgi 3 oyda qabul qilsa.

c) Bu onda sonda bir xuruj (yil davomida IV martadan kam) bo'lganda va 65 yoshgacha bo'lgan bemorlarda, hamroh kasalliklar bo'lmaganda, kam miqdorda (yengil) bronx o'tkazuvchanligi buzilishi bo'lgandagina hisoblanadi (obyom forsirovannogo vidoxa za 1sek-OFV1>50% kerakli miqdordan.).

d) Bemorlarning yoshi 65 yoshda yoki katta, o'pka ventillyatsion funksiyasini kuchli buzilishi (OFV1<50% kerakli miqdordan) kuzatilsa, onda sonda bir xuruj (yil davomida IV martadan kam) bo'lganda va 65 yoshgacha bo'lgan bemorlarda .

20. O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi bor bemorning bronxlarida obstruktsiya borligidan dalolat beradi.

- a) OFV1 80% dan past, OFV1/JYL 70% dan past bo'lsa
- b) OFV1 80% dan yuqori, OFV1/JYL 70% dan past bo'lsa
- c) OFV1 80% dan past, OFV1/JYL 70% dan yuqori bo'lsa
- d) OFV1 80% dan yuqori, OFV1/JYL 70% dan yuqori bo'lsa

Nafas olish tizimiga oid masalalar

1 masala

Bemor M. 23 yoshda, jinsi ayol, qabulda kelganda terlab sovuq qotganligi to'g'risida malumot berdi. So'rab surishtirilganda quyidagi muammolar bezovta qilishi aniqlandi va tana harorati ko'tarilishi, yo'tal, ko'krak qafasida og'riq borligi aniqlandi. Bemorni ko'zdan kechirganda burun atroflarida uchuqli toshmalar toshganligi, chap ko'krak qafasi nafas olish aktida orqada qolishi aniqlandi. Palpatsiyada chap ko'krak qafasida ovoz drillashi kuchaygan. Bemorda auskultatsiya o'tkazilganida crepitatio indux eshitildi.

Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?

Bu bemorda perkutor o'zgarishlar qanday bo'lishi mumkin?

qaysi instrumental tekshirish ko'proq ma'lumot beradi?

2 masala

Bemor 38 yoshda, jinsi ayol. qabulxonaga kelganda 3 kundan buyon kasal va uyda yotganligi bo'yicha malumot berdi. Bemorning quyidagi muammolar bezovta qiladi va yo'tal balg'am ajralishi bilan, tana harorati ko'tarilishi, o'ng ko'krak qafasida og'riq borligiga shikoyat qildi. Bemorni ko'zdan kechirganda o'ng yonoq sohalari qizargan, lablari, burun atroflarida uchuqli toshmalar toshgan. Palpatsiyada o'ng ko'krak qafasida ovoz drillashi kuchaygan. Bemorni auskultatsiya qilinganida crepitatio redux eshitiladi.

Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?

Bu bemorda perkutor o'zgarishlar qanday bo'lishi mumkin?

Rentgenologik tekshiruv o'tkazilganda qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin?

3 masala

Bemor J. 19 yoshda, ayol. Poliklinikada vrach qabuliga kelganda o'zini bemor deb ikki haftadan buyon hisoblashini va shamollash bilan bog'lashini aytdi. Bemorning bezovta qiladigan muammolari quyidagilardan iborat edi. Bemor yo'tal balg'am ajralishi bilan, hansirash, terlash, holsizlikka, tez charchashga shikoyat qildi. Palpatsiyada ikala ko'krak qafasi pastki sohalarida ovoz drillashi kuchaygan. Bemorni auskultatsiya qilinganida ikala o'pkaning pastki qismida krepitatsiya eshitildi.

Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting?

Rentgenologik tekshiruvda qanday o'zgarish bo'ladi?

4 masala

Bemor 35 yoshda, jinsi erkak. Kasalxonaga vrach qabuliga kelganda o'zini bir haftadan buyon kasal ekanligini takidladi va kasalini shamollash bilan bog'laydi. Muammolari quyidagilardan iborat. Yo'tal balg'am ajralishi bilan, isitma, nafas etishmovchiligiga, hansirashga shikoyat qilib keldi. Ko'zdan kechirganda o'ng ko'krak qafasi nafas olish aktida orqada qolishi aniqlandi va lablarida, burun atroflarida uchuqlar toshganligi, o'ng yuzi qizarganligi aniqlandi. Palpatsiyada o'ng ko'krak qafasida ovoz drillashi kuchaygan. Bronxofoniya o'ng ko'krak qafasida kuchaygan

Bu bemorda qanday patologo-anatomik o'zgarishlar bo'ladi.

Perkutor va auskultativ o'zgarishlar qanday?

Rentgenologik o'zgarishlarni ayting?

5 masala

Bemor 25 yoshda, jinsi ayol, vrach qabuliga kelganda o'zini bir necha yildan buyon kasalligi to'g'risida ma'lumot berdi. Bemor so'rab surishtirilganda yo'tal qiyin balg'am ajralishi bilan, nafas siqilishi, hansirash bezovta qilishi aniqlandi. Bemorda perkussiya o'tkazilganda o'pka yuzasida quticha tovush eshitildi va o'pka ekskursiyasi o'zgargan, o'pkaning pastki chegarasi pastga va Krenig maydoni yuqoriga siljigan. Bronxofoniya ko'krak qafasida susaygan.

Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?

Bemorda qanday ob'ektiv o'zgarish ko'ramiz?

Bu bemorda qanday auskultativ o'zgarishlar eshitish mumkin?

Bemorning balg'amidagi o'zgarishlarini ayting?

6 masala

Bemor 44 yoshda, jinsi erkak. Tez yordam mashinasida shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markaziga olib kelindi va bemor ishi chang bilan bog'liqligi to'g'risida ma'lumot olindi. Bemorda ekspirator hansirash borligi va ko'zdan kechirilganda lablari ko'kargan, ko'krak qafasi bochkasimon, yordamchi mushaklar nafas olish aktida ishtirok etadi. Bemorni auskultatsiya qilinganida susaygan vezikulyar nafas va tarqalgan quruq tushtaksimon

xrillashlar eshitiladi hamda nafas chiqarilishi qiyinligi (uzayganligi) aniqlandi. Bronxofoniya ko'krak qafasida susaygan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying?

Tovush tebranishi qanday?

Bu bemorda qanday perkutor o'zgarishlar bo'lishi mumkin?

Qanday funktsional tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin?

7 masala

Bemorni quruq yo'tal, nafas etishmovchiligi, tana harorati oshishi munosabati bilan rentgenografik tekshiruvdan o'tib, rentgen plyonkasini vrachga olib keldi. Vrach rentgen plyonkani ko'zdan kechirganda o'ng tomonda IV qovurga oralig'igacha gomogen soya borligi aniqlandi, soyaning yuqori sathi tekis, o'pka yuqoriga siljigan va ko'ks oralig'i organlari chapga siljiganligini aniqladi.

Bu bemorga qanday taxminiy diagnoz qo'yish mumkin?

Bu bemorda qanday perkutor o'zgarishlar bo'lishi mumkin?

Bemor o'pkasidagi auskultativ o'zgarishlarini aytib bering?

8 masala

Bemor M. 30 yoshda, erkak. Anamnez yigilganida o'zini bolalikdan buyon kasalligi hamda bolaligida ko'k yo'tal o'tkazganligi aniqlandi. Bemorni so'rab surishtirganda muammolari quyidagilardan iborat edi; yo'tal, asosan ertalablari va kechqurun chap biqinda yotganda ko'proq va ko'p miqdorda og'zi to'lib balg'am ajralishi, holsizlik, terlash, tez charchash, bosh og'rig'i bezovta qiladi, balg'am характери yiringli,. Auskultatsiya qilinganida bemorning ko'krak qafasining chap qismida xrillashlar eshitildi, anamnez yig'ilganida yoshligida ko'k yo'tal (koklyush) o'tkazganligi aniqlandi.

Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting?

Bronxoskopik o'zgarishlar qanday bo'lishi mumkin?

Bemor balg'amida qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin?

9 masala

Bemor 45 yoshda, jinsiyol, ko'p yillardan buyon dispanser nazoratida turishi to'grisida ma'lumot berdi. Vrach bemorni ob'ktiv tekshirganda ko'krak qafasi bochkasimon, qovurg'alar orasi kengaygan, umrov usti va umrov osti chuqurlari tekislashgan yordamchi mushaklar nafas olish aktida ishtirok etadi. Bemor palpator tekshirilganda ovoz drillashi susaygan. Bemorni auskultatsiya qilinganida o'pkaning hamma yuzasida susaygan vezikulyar nafas eshitiladiva bronxofoniya susaygan.

Bemorda qanday taxminiy diagnoz qo'yish mumkin?

Bu bemorimizda qanday perkutor o'zgarishlar bo'ladi?

Qanday instrumental tekshiruv olib borilishi maqul va undagi o'zgarishlar qanday?

Qanday funktsional tekshiruvlar o'tkazilishi ma'qul va undagi o'zgarishlar?

10 masala

Bemor K. 36 yoshda, jinsi erkak. Ishchilar sog'likni saqlash Vazirligining 300 buyrug'i asosida ishxonada tibbiy ko'rik o'tkazilayotgan bir vaqtda bemorni so'rab surishtirish vaqtida o'zini ko'pdan buyon kasal deb hisoblashi va yo'tal borligi hamda yo'talganda yiringli balg'am ajralishi aniqlandi. Fizikal tekshiruv vaqtida bemorning o'ng ko'krak qafasi 4-5-6 qovurg'alar orasida perkutor timpanik tovush borligi aniqlandi va auskultatsiyada amforik nafas eshitildi.

Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?

Bu bemor rentgenida qanday o'zgarish bo'ladi?

Bemor qonidagi o'zgarishlar qanday?

Balg'amdagi o'zgarishlar qanday bo'lishi mumkin

11 masala

Bemor 33 yoshda, jinsi ayol, 6 nafar farzandi bor, teri osti yog' qatlami sust rivojlangan. Poliklinikada vrach qabuliga kelganda ba'zan-ba'zan yo'talga va ozishga, kechqurunlari biroz tana harorati oshishiga shikoyat qildi va bemorga tahlil uchun balg'am topshirish tavsiya etildi. Laboratoriyada balg'am tekshirilganida tarkibida leykotsitlar, eritrotsitlar borligi aniqlandi, shu bilan birgalikda KOX tayoqchalari hamda boshqa mikroorganizmlar, epiteliiy hujayralar topildi.

Qaysi kasallik to'g'risida o'ylash mumkin?

Qanday tekshiruvlar olib borish shart?

Shifokorning davo taktikasi?

12 masala

Bemor S. 45 yoshda, jinsi ayol, ish staji 20 yil, ish joyi tekshirilganda zararli omil chang borligi aniqlandi. Vrach qabuliga kelganda aniqlangan muammolar yo'tal qiyin balg'am ajralishi bilan, hansirash, nafas etishmovchiligiga shikoyat qildi. Bemorni ko'krak qafasini obdon ko'zdan kechirganda bochkasimon ekanligi aniqlandi. Bemorni topografik perkussiya o'tkazilganida o'pkaning pastki chegarasi pastga va Krenig maydoni yuqoriga siljiganligi aniqlandi.

Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?

Bemordagi auskultativ o'zgarishlarini ayting?

Spirografiya dagi o'zgarishlarini ayting?

13 masala

Bemor V. 43 yoshda, ayol, ish joyida zararli omillardan changli muxitligi aniqlandi. O'zini bemor deb 18 yildan buyon hisoblaydi. Vrach qabuliga kelganda aniqlangan muammolar yo'tal va yo'talganda qiyinchilik bilan shilliqsimon balg'am ajralishiga, holsizlik, ish qobiliyatining pasayishiga shikoyat qildi. Bemorda perkussiya o'tkazilganda o'pka tovushi va auskultatsiya qilganda ko'krak qafasining ikkala tomonida mayda pufakchali nam xrillashlar eshitiladi.

Bemor bronx daraxtining qaysi qismida patologik jarayon joylashgan?

Bu bemorda ob'ektiv tekshirish usullarini ayting?

Bemorni aniq diagnostika qilish uchun qanday tekshiruvlar zarur?

14 masala

Bemor I. 28 yoshda, jinsi erkak. 2 hafta oldin gripp o'tkazgan va davolanishga qaramay ahvoli o'zgarishsiz qoldi. qabulxonada vrach qabuliga kelganda aniqlangan muammolar yo'tal, tana harorati ko'tarilishi, nafas etishmovchiligi va hansirashga shikoyat qildi va bemorni perkussiya qilib ko'rganda bo'g'iq tovush va auskultatsiya qilinganida o'ng tomonda o'pkaning o'rta qismida bronxial nafas eshitildi. Bemorda bronxofoniya o'tkazilganida uni kuchayganligi aniqlandi.

Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?

Bemordagi palpator o'zgarishlarni aytib bering?

Rentgenoskopik o'zgarishlar qanday?

15 masala

Bemor M. 31 yoshda, jinsi erkak, vrach qabuliga kelganda aniqlangan muammolar quruq yo'tal 2 haftadan buyon bezovta qilishi, tana harorati ko'tarilishiga, ko'krak qafasining o'ng tomonida o'g'riq borligi aniqlandi. Vrach bemorni so'rab surishtirganda og'riq o'ng tomonda yotsa susayadi va aksincha teskari tomonda yotsa og'riq kuchayadi. Fizikal tekshiruvlar o'tkazilganda perkutor o'pka tovushi eshitildi. Bronxofoniya o'zgarmagan.

Bu bemorda qanday taxminiy diagnoz qo'yish mumkin?

Auskultativ o'zgarishlar qanday?

Qanday instrumental tekshiruvlar o'tkazish zarur?

16 masala

Bemor Sh. 68 yoshda, shoshilinch yordam ilmiy markaziga tez yordam mashinasida olib kelindi. Bemorda aniqlangan muammolar isitma (41° S), ko'krak qafasida o'ng tomonida og'riq borligi, hansirash, nafas etishmovchiligi va so'rab surishtirganda uning nafas olganda pastga yo'naluvchi sanchiqli og'riq borligi aniqlandi va bu og'riq kasallangan tomonga yotganda biroz kuchayishi aniqlandi. Bemorni ob'ektiv tekshirib ko'rganda ko'krak qafasi asimetrik, qovurg'alar aro mushaklar nafas olganda tashqariga va nafas chiqarganda ichkariga botadi.

Sizning taxminiy diagnoz qanday?

Ko'krak qafasi perkussiyasida qanday o'zgarish bo'ladi?

Bu bemorda qanday rentgenologik o'zgarish ko'rish mumkin?

17 masala

Bemor V. 55 yoshda, erkak. O'zini bemor deb 20 kundan buyon hisoblaydi. Bemor so'rab surishtirilganda tana haroratini 40° gacha ko'tarilishi, hansirash, chap ko'krak qafasida og'riq. Bemorda perkutor chap tomonda bo'g'iq tovush va yuqorida Garlend hamda sog' tomonda Rauxfus Grokk uchburchaklari aniqlanadi, auskultativ

tekshirganda chap tomonda ko'krak qafasining pastki qismida nafas shovqinlari eshitilmaydi, yuqorida susaygan vezikulyar nafas eshitiladi.

Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?

Bemorni ko'krak qafasini ko'zdan kechirganda qanday o'zgarish ko'rish mumkin?

Rentgenologik o'zgarishlarini ayting?

18 masala

Bemor R. 63 yoshda, erkak. Vrach qabuliga kelganda aniqlangan muammolar quruq yo'tal, hansirash, tana harorati ko'tarilishi bezovta qilishini aytdi. Anamnez yig'ilganida o'zini bemor deb 2 oydan buyon hisoblaydi. Bemorni perkussiya qilinganda o'ng tomonda V-VI qovurg'adan pastga bo'g'iq tovush eshitiladi. Bemorda o'ng tomonda eksudat borligi aniqlanib, punktsiya qilganda 1,5 litr sariq somon rangli eksudat olindi.

Bu bemorda auskultativ o'zgarishlarni ayting?

Eksudatni mikroskopik tekshirganda qanday o'zgarish ko'ramiz?

Bemor diagnozini aniqlash uchun qanday tekshiruvlar o'tkazilishi shart?

19 masala

Bemor Z. 69 yoshda, erkak, toksik moddalar, radiatsiya bilan muloqotda (kontakt) bo'lib 35 yil ishlagan, juda ozg'in. Vrach qabuliga kelganda bir necha oydan buyon ozishga, ishtaha yo'qligi, yo'tal qon aralash balg'am bilan, holsizlik, bezovta qilishi aniqlandi. Bemorni perkussiya qilib ko'rganda o'pkaning chap tomonida o'rta segmentida 5X6 smlarda bo'g'iq tovush eshitildi.

Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?

Bu bemorda auskultativ o'zgarish qanday?

Diagnoz tasdiqlanishi uchun qanday tekshiruv shart?

20 masala

Bemor A. 57 yoshda, jinsi ayol, ko'krak qafasida sanchiluvchan og'riq borligi tufayli, kasalxonaga kelgunga qadar rentgenga tushib, ko'krak qafasi rentgenografiyasini olib vrach qabuliga murojoat qildi. Rentgenografiya ko'rilganda plevra bo'shlig'ida suyuqlik borligi aniqlandi va kasalxonada suyuqlik olinib analiz qilinganda xilyoz xarakterda ega ekanligi aniqlandi.

Sizning taxminiy diagnoz?

Bu bemorda diagnozni asoslash uchun qanday tekshiruv olib borish kerak?

Perkutor va auskultativ o'zgarishlar qanday?

21 masala

Bemor 35 yoshda, jinsi erkak, kasalxona qabul bo'limiga kelganda ish jarayonida ko'krak qafasining o'ng tomonida travma olganligi haqida ma'lumot berdi, sub'ektiv so'rab surishtirilganda yo'tal, nafas etishmovchiligi va ko'krak qafasida kuchli og'riq bezovta qilishini ta'kidladi, auskultatsiya qilinganda ko'krak qafasining o'ng tomonida metalik tipidagi nafas eshitildi.

Bu bemorda qanday patologik jarayon kechayapti?

Diagnoz tasdiqlanishi uchun qanday tekshiruv o'tkazilishi ma'qul?

Perkutor o'zgarishlarni ayting?

22 masala

Bemor 38 yoshda, jinsi ayol, ishlamaydi, vrach qabuliga kelganda yo'tal, nafas siqilishi, hansirash bezovta qilishini aytdi va ko'krak qafasi ko'zdan kechirildi va ko'krak qafasi bochkasimon hamda nafas olish aktida yordamchi mushaklar ishtiroki aniqlandi. Bemorda bronxofoniya susaygan. Bemor balg'ami tekshirilganda Kurshman spirallari hamda Sharko-Leyden kristallari, eozinofillar namoyon bo'ldi.

Sizning taxminiy diagnozingiz?

Perkutor, auskultativ o'zgarishlarni ayting?

Rengenografiyada va qonda qanday o'zgarishlar bo'ladi?

23 masala

Bemor 56 yoshda, jinsi erkak, vrach qabuliga kelganda yo'tal, tana harorati ko'tarilishiga shikoyat qildi, nafas olish chastotasi tezlashgan, yuzaki nafas oladi. Bemorni perkussiya qilib ko'rilganda o'ng tomonda tovush IV qovurg'a oraliqigacha bo'g'iq perkutor va punktsiya qilib ko'rilganda yiring borligi aniqlandi.

Rentgenografiyada IV qovurg'a oralig'igacha gamogen soya borligi aniqlandi.

Bemorda qanday taxminiy diagnoz qo'yish mumkin?

Bu bemordagi auskultativ o'zgarishlarni aytib bering?

Sizning davo taktikangiz?

24 masala

Bemor 35 yoshda, jinsi ayol, kasalxonaga tushganda bemor so'rab surishtirildi va yo'tal, yo'tal bilan zangsimon balg'am ajralishi, isitma hansirash bezovta qilishi aniqlandi, so'ng bemor ko'zdan kechirildi va o'ng ko'krak qafasi nafas olish aktida orqada qolishi, lablarida, burun atrofida uchuqlar borligi, o'ng yonoq sohalari qizarganligi aniqlandi. Bronxofoniya kuchaygan. Krupoz pnevmoniya deb tashxis qo'yildi.

Bu bemorda qanday patologo - anotomik o'zgarishlar bo'ladi?

Perkutor, auskultativ o'zgarishlarning ayting?

Rengonologik o'zgarishlarni ayting?

25 masala

Bemor 43 yoshda, jinsi erkak. Kasalxonaga quyidagi muammolar bilan keldi. Quruq yo'tal, o'ng ko'krak qafasida sanchiluvchan og'riq borligi, og'riqning nafas olganda kuchayishi va pastga yo'nalishi, tana harorati ko'tarilishiga shikoyat qiladi, anamnez yig'ilganida o'zini 1 oydan buyon kasal deb hisoblaydi. Bemorga taxminiy o'ng tomonlama eksudativ plevrit deb diagnoz qo'yildi.

Bu bemorda qanday instrumental tekshiruv olib boriladi?

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirganda qanday o'zgarish ko'ramiz?

Bu bemordagi perkutor, auskultativ o'zgarishlarni aytib bering?

Qaysi laborator tekshiruvlar olib borish ma'qul va o'zgarishlarni aytib bering?

26 masala

Bemor kasalxonada kelganda hansirash, nafas siqishi, yo'tal va yo'talganda qiyinchilik bilan shilliq aralash ko'piksimon balam ajralishiga shikoyat qildi va auskultatsiya qilinganda quruq hushtaksimon xirillashlar eshitiladi va nafas chiqarilishi uzaygan. Bronxofoniya susaygan. Bemor ko'zdan kechirilganida lablarida tsianoz borligini hisobga olib taxminiy bronxial astma deb diagnoz qo'yildi.

Bemorlarni ko'krak qafasini ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlarni ko'ramiz?

Palpator va perkutor o'zgarishlari qanday?

Bu bemorimizda qanday funktsional tekshiruv olib boriladi va o'zgarishlarini ayting?

27 masala

Bemor 40 yoshda, jinsi erkak, uzoq yillardan berin o'zini kasal deb biladi. Kasalxonaga vrach qabuliga kelganda ko'ngil aynishi, jig'ildon qaynishi, ko'krak qafasida achishish, kuyish, yo'tal, hansirashga shikoyat qildi. Palpatsiyada ovoz drillashlari ikala o'pkada bir xil va perkussiyada o'pka tovushi eshitiladi. Bemorni auskultatsiya qilinganda ko'krak qafasini ikkala tomonida ham quruq xirillashlar eshitildi.

Bu bemorda taxminiy diagnoz qo'ying?

Tekshiruv rejasi qanday bo'lishi ma'qul?

Davo taktikangiz qanday?

28 masala

Bemor S. 52 yoshda, jinsi erkak, o'zini 30 yildan buyon kasal deb hisoblaydi. Vrach qabuliga kelganda hansirash, nafas siqilishi, nafas etishmovchiligi, zarda qaynashi, ko'ngil aynishiga shikoyat qilib keldi va bemorni ob'ektiv ko'krak qafasi bochkasimon, laborator tekshirilib leykotsitoz, eozinofilyoz, EChT oshganligi aniqlandi. Bronxofoniya susaygan. Rentgenografiyada o'pka rasmi kuchaygan, o'zaklari kengaygan, o'pka maydoni yorug'.

Bemordagi obektiv o'zgarishlarni ayting?

Bemordagi auskultativ o'zgarishlar qanday?

Instrumental va funktsional tekshirganda qanday o'zgarish ko'ramiz?

29 masala

Bemor 47 yoshda, jinsi erkak, 27 yildan buyon dispanser nazoratida turadi, shifokor qabuliga kelganda nafas siqilishi, yo'tal, holsizlikka, hansirashga shikoyat qilib keldi va anamnez yig'ganimizda tez tez zarda qaynashi bo'lib turishi aniqlandi. Bemorni perkussiya qilganda quticha tovush eshitildi.

Bemorga qanday taxminiy diagnoz qo'yish mumkin?

Tekshiruv rejasi qanday bo'lishi ma'qul?

Davo taktikangiz qanday?

30 masala

Bemor 43 yoshda, jinsi ayol, bir necha yildan buyon bronxial astma bilan turar joy poliklinikasida dispanser nazoratida turadi. Bemorning muammolari hansirash, nafas siqilishi, nafas etishmochiligi bezovta qiladi. Obektiv ko'zdan kechirilganda ko'krak qafasi bochkasimon yordamchi mushaklar nafas olish aktida ishtirok etadi.

Bu bemorda perkutor, auskultativ o'zgarishlarni ayting?

Rengenologik o'zgarishlarni ayting?

Qondagi va balg'amdagi o'zgarishlar qanday?

31- masala

Bemor 24 yoshda. Jinsi erkak, Poliklinikada vrach qabuliga kelganda bemorning muammolari yo'tal va yo'talganda yiringli balg'am ajralishi, tana harorati ko'tarilishi. Ko'zdan kechirilganda chap yuzi qizarganligi aniqlandi, burun atrofida uchuqlar bor. Auskultatsiyada chap o'pkaning o'rta bo'lagida krepatatsiya eshitiladi.

Sizning diagnozingiz va tekshirish rejalaringsiz?

Palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering?

Rentgenologik tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

32- masala

Bemor 29 yoshda, jinsi erkak, Turar joy poliklinikasida murojaat qildi. Bemorni so'rab surishtirganda yo'tal va ko'p miqdorda yiringli balg'am ajralishi hamda perkussiya qilganda o'ng o'pkaning o'rta bo'lagida timpanik tovush eshitildi. Auskultatsiyada o'sha joyda amforik nafas eshitildi.

Taxminiy tashxisingsizni ayting?

Palpator o'zgarishlarni aytib bering?

Rentgenologik tekshirganda qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin?

33- masala

Bemor 67 yoshda, jinsi erkak, pensioner. Vrach qabuliga kelganda ko'krak qafasining o'ng tomonida nafas olganda sanchiluvchan og'riq borligiga shikoyat qildi va ko'zdan kechirilganda shu tomoni nafas olish aktida orqada qolishi, ko'krak qafasi asimetriyasi, qovurg'a oraliqlari kengayganligi, nafas olganda qovurg'a oraliqi mushaklari tashqariga bo'rtib chiqishi kuzatildi.

Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?

Auskultativ o'zgarishlarni ayting?

Qanday insirumental tekshiruvlar olib borilishi maqul va bu tekshiruvlar natijalari qanday bo'lishi mumkin?

34- masala

Bemor 36 yoshda. Jinsi ayol. 18 yildan buyon turar joy poliklinikasida dispanser nazoratida turishi aniqlandi. Vrach qabuliga kelganda auskultatsiya qilindi va susaygan vezikulyar nafas eshitildi. Bemorda perkussiyada quticha tovush, Krenig maydoni yuqoriga siljigan va o'pka ekskursiyasi chegaralangan, yurak absolyut to'ntoqlik chegarasi kamayganligi aniqlandi.

Sizning taxminiy diagnozingiz?

Bemor shikoyatlarini aytib bering?

Rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering?

Balg'amdagi o'zgarishlar qanday bo'lishi mumkin?

35- masala

Bemor S. 43 yoshda, jinsi erkak, ishida zararli omil paxta changi va ko'p miqdorda chekadi. Bemor vrach qabuliga kelganda shikoyatlari ko'krak sohasida sanchiluvchan og'riq va quruq yo'tal borligini inobatga olib rentgenografiya tavsiya etildi. Bemorning rentgenografiyasida ko'ks oraliqi a'zolari chapga siljigan, o'ng tomonda 4 qovurg'a orasigacha gomogen soya bor.

Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?

Perkutor o'zgarishlarni aytib bering?

Auskultatsiyada nafas shovqinlarini o'zgarishini aytib bering?

Qon tahlilida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?

36- masala

Bemor 44 yoshda, jinsi erkak. Vrach qabuliga kelganda ertalablari yo'talning kuchayishi va ko'p miqdorda qon aralash va ko'pincha yiringli balg'am ajralishiga shikoyat qiladi. Anamnezida ko'k yo'tal o'tkazganligi va so'rab surishtirishda bemor chap biqinga yotsa balg'am ajralishi engillashishi aniqlandi. Perkussiya qilinganida chap o'pkasida 4 – 5 qovurg'a oraliqida timpanik tovush eshitildi.

Bemorga qanday patologiya borligini ayting?

Bemorga qanday auskultativ o'zgarishlar bo'lishi mumkin?
Rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering.
Bemor balg'amidagi o'zgarishlarni aytib bering?

37- masala

Bemor 19 yoshda, qiz bola, vrach qabuliga kelganda bolaligidan buyon kasalligini takidladi. Bemorni perkussiya o'tkazilganda quticha tovushi, auskultatsiyasida susaygan vezikulyar nafas eshitildi. Vrach bemorga balg'am tahlili topshirishni tavsiya etdi. Vrach laborant balg'amida Kurshman spirallari va Sharko - Leyden kristallari topilganligi to'g'risida ma'lumot berdi.
Qanday patologiya borligini ayting?
Rentgenologik o'zgarishlarini aytib bering?
Spirografiya tekshiruvi o'tkazilganda qanday o'zgarish kutilishi mumkin?
Bemor qonida qanday o'zgarishlar bo'lishini aytib bering?

38- masala

Bemor 45 yoshda, jinsi erkak, bolaligida revmatizm kasalligini o'tkazgan, vrach qabuliga kelganda tez – tez yuzaki nafas olishi aniqlandi, nafas olish qiyinlashgan, bemorni sovuq ter bosgan, yo'tal va yo'talganda ko'piksimon balg'am chiqishi va hansirash, nafas etishmovchiligi bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda tsianoz borligi aniqlandi. Balg'amni mikroskopik tekshirganda yurak parok hujayralari topildi.
Sizning taxminiy tashxisingiz va taktikangiz?
Palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering?
Bemordagi auskultativ o'zgarishlarni aytib bering?

39- masala

Bemor 64 yoshda, rentgenologik tekshiruvlardan so'ng plevra bo'shlig'ida suyuqlik borligi aniqlanib, bemorda punktsiya qilindi va olingan plevra suyuqligi laborator tekshiruvga yuborildi va tahlil natijasi quyidagicha: loyqa, cho'kma hosil qilgan, oqsil 33 g/l, leykotsitlar, eritrotsitlar mavjud.
Bemorning taxminiy diagnozini ayting?
Perkutor o'zgarishlarini aytib bering?
Bemordagi rentgenologik o'zgarishlarini aytib bering?
Suyuqlik qanday xarakterga ega?

40- masala

Bemor 33 yoshda, ayol, ko'zdan kechirganda majburiy holatda turibdi (ikkala qo'li tizzasiga tayangan, og'zi ochiq holda nafas olayapti, burunlari kengaygan, ko'krak qafasi bochkasimon). Bemorning qon tahlilida leykotsitoz (10,5 ming), eozinofiliya (7%), EChT (17 mm/s), balg'amida Sharko - Leyden kristallari va ko'p miqdorda eozinofillar topilgan.
Sizning taxminiy diagnoz va shoshilinch yordam?
Palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering?
Spirografiya qanday o'zgarishlar kutilishi mumkin?

Surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi mavzusi yuzasidan masalalar

1 masala

Bemor 60 yosh, 35 yildan buyon paxta tozalash zavodida ishlaydi hamda 20 yildan buyon tamaki chekadi. Bemorda 15 yildan buyon yo'tal, balg'am ajralishi bilan va kuchayib boruvchi hansirash, nafas etishmovchiligi bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda ko'krak qafasi emfizematoz tipda, qovurg'alar orasi biroz kengaygan, teri osti yog' qatlami sust rivojlangan. Rentgenografiya tekshiruvida fibrozli sklerotik o'zgarishlar kuzatiladi. Laborator tekshirish-qonda kompensator eritrotsitoz, leykotsitoz, EChT biroz oshganligi aniqlandi. Balg'am shilliqli-yiringlidir. Tarkibida neytrofillar, makrofaglar bor.
Bemorning tashxisini ayting
Bemordagi palpator o'zgarishlarni ayting
Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting
Bemordagi auskultativ o'zgarishlarni ayting

2 masala

Bemor 58 yoshda, 35 yildan buyon chekadi. O'zini 12 yildan buyon kasal deb hisoblaydi. Bemorning ozg'inligi ko'rinib turibdi. Kasallik boshlanishi biroz yo'tal bilan boshlandi, keyinchalik balg'am ajralishi va

oxirgi yillarda hansirash ham bezovta qilayapti. Boshlanishida hansirash jismoniy zo'riqishda bezovta qilar edi, hozirda tinch holatda ham kuchayapti. Bemorni ko'zdan kechirganda bemor ozg'in, teri qoplami sarg'ish, ko'krak qafasi bochkasimon, o'mrov usti chuqurchasi tekislangan. Laborator tekshirish-qonda kompensator eritrotsitoz, leykotsitoz, EChT biroz oshganligi aniqlandi. Balg'am shilliqli-yiringlidir. Tarkibida neytrofillar, makrofaglar bo'ladi.

Bemorning taxminiy diagnozini ayting.

Diagnozni aniqlash uchun qanday tekshiruvlar olib brogan maqul.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Rentgenologik o'zgarishlarni ayting.

3 masala

Bemor 63 yoshda, 27 yildan buyon spirtli ichimliklar istemol qiladi va chekadi. Tanasida biroz shish kuzatiladi. O'zini 10 yildan buyon kasal deb hisoblaydi. Bemorni ko'zdan kechirganda bemor ozg'in, teri qoplamlari va shilliq qavatlarda tsianoz kuzatiladi. Kasallik boshlanishi biroz yo'tal bilan boshlandi, keyinchalik balg'am ajralishi va oxirgi yillarda asosan 50 yoshdan so'ng hansirash bezovta qilayapti. Bemorda yo'tal barvaqt boshlanib ko'p miqdorda balg'am ajralishi kuzatiladi. Palpatsiyada ovoz dirillashi kuchaygan va perkussiyada bo'g'iqlik tovush bo'lishi mumkin. Bemorlar auskultatsiya qilinganda dag'al nafas va xirillashlar eshitiladi. Rentgenografiyada fibrozli sklerotik o'zgarishlar kuzatiladi.

O'ng qorinchali yurak etishmovchiligi rivojlangan.

Bemorning taxminiy diagnozini ayting.

Diagnozni aniqlash uchun qanday tekshiruvlar olib borgan maqul.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting

Laborator o'zgarishlarni ayting.

4 masala

Bemorlarning yoshi 68 yoshda. Bemorning bezovta qiladigan muammolari yo'tal balg'am ajralishi bilan hamda hansirashdir. Tekshirilganda o'pka ventilyatsion funksiyasini kuchli buzilishi ($OFV1 < 50\%$ kerakli miqdordan) kuzatildi. Hamroh kasalligi qandli diabet, asorati diabetik nefropatiya va yurak yetishmovchiligi. Oxirgi yilda 4 martadan ko'p xuruji bo'ldi va ikki marta shu kasallik tufayli xuruji bilan hospitalizatsiya qilingan. Oxirgi uch oy davomida prednizolon hamda antibakterial preparatlari qabul qilgan.

Bemorning taxminiy diagnozini ayting.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting

Rentgenologik o'zgarishlarni ayting.

Laborator o'zgarishlarni ayting.

5 masala

Bemor 60 yoshda onda sonda yo'tal biroz balg'am alralishi bilan bezovta qilib turadi (xuruj yil davomida IV martadan kam bo'lgan), anamnezida hamroh kasalliklar bo'lmagan, perkussiyada bo'g'iqlik tovush eshitiladi, auskultatsiyada susaygan vezikulyar nafas eshitiladi, pikfloumetriya va 1 sekundda nafas chiqarish tezligi tekshiruvi o'tkazilganda kam miqdorda (yengil) bronx o'tkazuvchanligi buzilishi aniqlandi (obyom forsirovannogo vidoxa za 1sek- $OFV1 > 50\%$ kerakli miqdordan.).

Bemorning taxminiy diagnozini ayting.

Qanday palpator o'zgarishlar bo'lishi mumkin bu bemorda.

Ushbu kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarni ayting.

Test savollari javoblari

1) V	11) V	21) B	30) B		
2) G	12) A		31) G	40) V	49) B
3) V	13) A	22) A	32) A	41) G	50) V
4) B	14) G	23) A	33) V	42) B	51) A
5) G	15) V	24) A	34) V	43) A	52) A
6) A	16) B	25) B	35) G	44) G	53) V
7) A	17) B	26) G	36) A	45) G	54) G
8) B	18) A	27) A	37) B	46) A	55) A
9) V	19) B	28) V	38) V	47) A	56) B
10) G	20) A	29) A	39) V	48) V	

Surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi mavzusi test savollarining javob variantlari

1. a	6. a	11. c	16. d
2. d	7. c	12. a	17. b
3. b	8. d	13. e	18. a
4. c	9. a	14. b	19. c
5. b	10. b	15. b	20. a

Surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi mavzusi masalalarining javob variantlari

1 masala javob varianti

Bemorda o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi deb taxminiy diagnoz qo'yish mumkin.

Palpatsiyada ovoz dirillashi kuchaygan

Perkussiyada bo'g'iqlik tovush bo'lishi mumkin.

Bemorni so'rab surishtirish, palpatsiya perkussiya auskultatsiya, rentgenologik, funktsional va laborator tekshiruvlar olib borish maqul.

Auskultatsiyada susaygan nafas eshitiladi.

2 masala javob varianti

Bemorda o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi emfizematoz turi deb taxminiy diagnoz qo'yish mumkin.

Bemorni so'rab surishtirish, palpatsiya perkussiya auskultatsiya, rentgenologik, funktsional va laborator tekshiruvlar olib borish maqul.

Auskultatsiyada susaygan nafas eshitiladi.

Rentgenografiyada fibrozli sklerotik o'zgarishlar kuzatiladi.

3 masala javob varianti

Bemorda o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi bronxitik turi deb taxminiy diagnoz qo'yish mumkin.

Bemorni so'rab surishtirish, palpatsiya perkussiya auskultatsiya, rentgenologik, funktsional va laborator tekshiruvlar olib borish maqul.

Auskultatsiyada dag'al nafas va xriillashlar eshitiladi.

Laborator tekshirish-qonda kompensator eritrotsitoz, leykotsitoz, EChT biroz oshishi mumkin. Balg'am shilliqli-yiringlidir. Tarkibida neytrofillar, makrofaglar bo'ladi.

4 masalaning javob varianti

Opkaning surunkali obstruktiv kasalligining asorotlangan xuruji

Auskultatsiyada dag'al nafas va xriillashlar eshitiladi.

Rentgenografiyada fibrozli sklerotik o'zgarishlar kuzatiladi.

Laborator tekshirish-qonda kompensator eritrotsitoz, leykotsitoz, EChT biroz oshishi kuzatiladi. Balg'am shilliqli-yiringlidir. Tarkibida neytrofillar, makrofaglar bo'ladi.

5 masalaning javob varianti

Opkaning surunkali obstruktiv kasalligining asorotlanmagan xuruji.

Palpatsiyada ovoz dirillashi kuchaygan.

O'SOKning etiologik omillarini ikki guruhga bo'lish mumkin (infeksion 55-60% holatlarda va noinfeksion 40-45%). **Tashqi, noinfeksion omillarga** atmosfera havosining har xil sanoat chiqindilari bilan ifloslanishi,

turli xil turdagi isitgichlar yonilg'i maxsulotlari, ko'pgina turdagi gazlar chiqindilari, uydagi va ko'chadagi chang maxsulotlari tamaki tutunlarini kiritish mumkin. **Infeksion omillarga** bakteriyalar va viruslarni roli

O'SOKning rivojlanishiga kattadir. Bronx giperreaktivligi va E giperimmunoglobulinemiyasi hamda chekish

O'SOK rivojlanishini tezlashtiradi. Uzoq yillar davomida chekish mukotsiliar apparatning drenaj funksiyasini

susaytiradi, ikkinchi tomondan tabak maxsulotlari tutuni va boshqa yuqorida aytilgan zararli tasurotlar bronxlar shilliq qavatini gepersekretsiyasiga olib keladi. Ko'p miqdorda ishlab chiqarilgan shilliq sekretini reologik

xususiyati ham o'zgarib, quyuq va yipishqoq bo'lib qoladi. Yopishqoq va quyuq balg'am va tabak maxsulotlari tutuni, sanoat chiqindilarini zararli tasiri, bakteriyalar hamda viruslar toksinlari tsiliar hujayralar va respirator

traktning himoya funksiyasida ahamiyati katta bo'lgan kipriksimon epiteliylari faoliyatini susaytiradi. Bu hujayralar faoliyatini susayishi bronx shilliq qavatida ko'p miqdorda mutsinlarni reabsorbsiyasi bilan

bog'liqdir. **O'SOK** ning xuruji respirator tizimda yallig'lanish jarayonlarini rivojlanishi bilan kechadi, bu esa bronxlarda havo o'tishini qiyinlashtiradi hamda klinik belgilarini yuzaga chiqishiga olib keladi. **O'SOK**

rivojlanishiga professional hayotdagi noqulay sharoitlar, ishtimoiy va iqtisodiy sharoitlar, iqlim, klimat (tuman

va namlikning yuqoriligi) ning ham ahamiyati katta. Professional noqulayliklardan asosan kadmiy va kremniy changlarining ahamiyati katta, paxta, bug'doy va qog'oz, ko'mir, kvarts, tsement changlarini ham etibordan qochirmaslik kerak. Amiak, xlor, kislota, oltingugurt angidridi, fosgen, gaz va elektrosvarka gazlari va parlari kabi zararli omillar. Ish joyidagi yuqori harorat, shamol (skvozniyak), yuqori namlik va past harorat kasallikni xurujini tezlashtiradi.

Uzoq davom etuvchi virusli, zamburug'li surunkali bronxitni to'liq davolamaslik **O'SOK** ni rivojlanishiga olib keladi.

Etiologic omillarni tashqi va ichki omillarga bo'lish mumkin. Ichki omillarga $\alpha 1$ antitripsinning tanqisligi, chala tug'ilish, qondagi immunoglobulin E miqdorini ko'pligi, bronxlar giperreaktivligi, irsiyatni kiritish mumkin. Ehtimoliy omillarga qon guruhi A(II), immunoglobulin A ning yo'qligini kiritish maqsadga muvofiq bo'ladi. Qolgan barcha yuqorida sanalgan omillar tashqi omillarga kiradi.

Nazorat savollari.

Test savollarini echish;

Otkir zotiljam haqida tushuncha va uning etiologiyasi, patogenezi o'rganish.

O'tkir zotiljam kasalligida kuzatiladigan patomorfologik o'zgarishlarni o'rganish.

O'tkir zotiljam kasalligida palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya qilish texnikalarini organish.

O'tkir zotiljam kasalligida instrumental tekshiruvlarga tayorlash va tekshiruvlar o'tkazishni o'rganish.

O'pka to'qimasining o'choqli qattiqlanish (OTO'Q) sindromini o'qib o'rganish.

O'TO'Q sindromi alveolalarning yallig'lanishi suyuqligi va fibrin bilan to'lishi (zotiljamda), qon bilan to'lishi (o'pka infartida) ni o'rganish.

O'pka to'qimasi (bo'lagi) da biriktiruvchi to'qima o'sib borishi (pnevmoskleroz, karnifikatsiya) to'g'risidagi tushunchaga ega bo'lish.

Bronxial astma to'g'risida tushuncha, etiologiyasi, patogenezi, klinikasini o'rganish.

Bronxial astma kasalligida palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya tekshirishlarni o'rganish.

Bronxial astma kasalligida instrumental va funktsional tekshiruvlar.

O'pka to'qimasida havo ortish sindromi to'g'risida tushunchaga ega bo'lish.

Bronxoobstruktiv sindromlari, ushbu holatlarda fizikal tekshirishlar to'g'risida tushunchaga ega bo'lish.

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.
2. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.
3. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b
4. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b
5. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b
6. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b
7. U.B. Sharopov, F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b
8. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 532 b
9. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
10. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
11. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
12. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y

Qo'shimcha adabiyotlar

13. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laboratornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
14. Y.P.Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b

15. M.T.Abramova Gematologicheskiy atlas M.Meditsina 1979 y.320 b
- 16.A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnoz vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b
17. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988 y. v dvux tomax. 973 b
18. Vuddi M i A. Uedan."Praktika". Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
19. AbuAli Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
20. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
21. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
22. Koivula I, Sten M, Makela PH. Risk factors for pneumonia in the elderly. Am J Med 1994; 96:313–20.
23. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D. , Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
25. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
24. Loeb M, McGeer A, McArthur M, Walter S, Simor AE. Risk factors for pneumonia and other lower respiratory tract infections in elderly residents of long_term care facilities. Arch Intern Med 1999; 159: 2058–64.
26. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru,
www.cardiosite.ru, www.consilium-medicum.ru.

O'pkaning surunkali obstruktiv kasalliklari mavzusi adabiyotlari

- Yu.B. Belausov, O.I. Karpov, M.B. Leonova, O.V. Yefremenkova Kliniko – ekonomicheskaya otsenka sredstv, primenyaemo`x dlya profilaktiki i lecheniya ORVI. || Kachestvennaya klinicheskaya praktika. Spets. vo`pusk . 2002 . S . 2-24.
2. Bezlepko A.V. Protivovospalitel'naya terapiya xronicheskoy obstruktivnoy bolezni legkix G`G` Pulmonologiya.-2009.-№ 4. str. 85-91.
 3. Yu. R. Kovalyov. Vnutrennie bolezni v voprosax i otvetax. Sankt-Peterburg. Foliant-2004 y. g`Vnutrenniye bolezni 1
 4. Ershov F. I ., Kasyanova N. B., Polonskiy O. V. Vozmojno li ratsionalnaya farmakoterapiya gripa i drugie ORVI g`g` Konsilium Medikum. Vo`p. Infektsii i antimikrobnaya terapiya. - 2003. -T.5. –N -6.
 5. Ershov F. I. Sistema interferona v norme i pri patologii. -M: Meditsina. - 1996. – 240 s.
 6. Lobzin Yu. B., Mixaylenko V. P., Lvova N. I. Vozdushno- kapelno`e infektsii G` Yu. V. Lobzin – S - Pb.: IKF «Foliant» .2000 . -184 s.
 7. Kokosov A.N. Xranicheskiy bronxit i obstruktivnaya belezni lekgix.SPb,:Lan; 2002.
 8. L. M. Kudelya i soavt, Kompleksnaya terapiya obostreniy xronicheskoy obstruk- tivnoy bolezni legkix i bronxialnoy astmi. G`G` Konsilium. N-1, 2007 s 47-48.
 9. Sh.S Narziyev, Vliyanie preparata inspiron v vosstanovlenii drenajnoy funktsii bronxov pri xponicheskoy obstruktivnoy bolezni lyoxkix. IX kongress yevroaziatskogo respiratornogo obshestva. VII kongress pulmonologov tsentralnoy azii. 2016 y. str 261.
 10. Sh.S. Narziyev, O`H. Hazratov, D.K. Sadirova. Surunkali obstruktiv o`pka kasalligini davolashda inspironning samaradorligi. O`zbekiston terapiya axborotnomasi. 2016 y. № 4. 77 b.
 11. Vandervoorde J., Verbanck S., Gijssels. et. al. Early detection of CORD: a case finding study in general practice. Respir. Med. 2007; 101: 525-530.
 12. Global Initiative for Chronik Obstructive Lung Diseas (GOLD). Globalb strategy for diagnosis, management, and prevention of chronik obstructive pulmonary disease. NHLBIG`WHO workshop report. The 2009 report is available on www.goldcopd.com
 13. Kraft M. Astma end chronik obstructive pulmonary disease exhibit common origins in any countri! Am J. respire. Crit. Care Med. 2006; 174: 238-240.
 14. Barnes P.J. Immunology of asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Nat. Immunol. Rev. 2008; 8: 183-192.
 14. Barnes P.J. Mediators of chronik obstructive pulmonary disease. Pharmacol. Rev. 2004; 56: 515-548.

Yurak, qon-tomir kasalliklari. Yurak, qon-tomir kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish usullari; so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya. Revmatizm.

Tayanch atamalar: yurak tonlari, tonlarni kuchayishi, susayishi, shovqinlar, intrakardial va ekstrakardial shovqinlar, qopqoqlar stenozi va etishmovchiligi, hansirash, shish, yurak urishi, taxikardiya, mayatniksimon ritm (embriokardiya), bradikardiya, ekstrasistoliya, mitral nanizm, halqasimon eritema.

Yurak qon tomir kasalliklari yil sayin dunyo bo'yicha o'sib bormoqda va yosh o'tgan sayin kasallanish darajasi o'sib bormoqda. Bemorlar orasida 45-54 yoshlarda ayollarda 1% va erkaklarda 2-5% uchraydi. Bu ko'rsatkich 65-74 yoshlilar orasida 10-15 % va 10-20 %ni tashkil qiladi. O'lim ko'rsatkichi bo'yicha YIK 50% dan ortig'nu va gipertoniya 18 % dan ortig'ini yurak qon tomir kasalliklari ichida tashkil qiladi (Uz. SSV ning 2013 yilgi malumoti).

Bemorlarni tekshirishni quyidagicha olib borilgani maqulroqdir;

1. Bemorlarni **sub'ektiv tekshirish** usullari: bemorning asosiy va qo'shimcha shikoyatlari, kasallikning rivojlanish tarixi (Anamneziz morbi), bemorning hayot anamnezi (Anamneziz vitae) ga xos bo'lgan ma'lumotlarni yig'ishni o'z ichiga qamrab oladi. Subektiv tekshirishda asosan anamnez yig'ishga etibor berilishi lozim.
2. Obektiv tekshirish metodlari; Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya.
3. Instrumental tekshirish usullari (rentgenografiya, EKG, ExoKG, FKG, yurak kateterizatsiyasi, koronaroangiografiya, miokardni perfuzion radioizotop stsintigrafiyava sutkalik monitoringi h.k.).
4. Laborator tekshirish usullari (qonda xolesterin-kichik va yuqori zichlikdagi lipoproteidlar, triglitseridlar, qonda qand miqdori, ALT, AsT, hemoglobin). Ushbu usullar aniq bajarish bemorlarga aniq tashxis qo'yishda muhim hisoblanadi.

So'rab-surushtirish-biroz murakkab ko'nikma bo'lib, biroz qiyinchiliklarni yuzaga keltiradi. Bu jarayon tibbiy deontologiya qoidalariga rioya qilishni talab qiladi.

Shikoyatlar: yurak-qon tomir kasalliklarida bemorlarning asosiy shikoyatlari yurak sohasida og'riqning bo'lishi, hansirash, bo'g'ilish xuruji, yo'tal, qon tupurish, shishlar, yurak to'xtaganday bo'lishi, yurak urishi, yurak tepishi, bosh og'rishi, bosh aylanishi, ko'gil aynishi, qusish, qulog'ida shovqin, xotiraning susayishi kabi simptomlar kuzatiladi. Og'riqlar turli xil kasalliklarda turli xil bo'ladi. Shuning uchun og'riqlarni joylashgan joyi, sababi, yuzaga kelish holati (fizik va emotsional zo'riqishda, tinch holatda va uyquda), og'riqlarning xarakteri (o'tkir, simillovchi, og'irlik hissi, qisilish, ezilish, kesuvchi, sanchiluvchi) va tarqaluvchi og'riqlar farqlanadi. Stenokardiyada og'riqlar odatda to'sh ortida va birmuncha chaproqda joylashib asosan chap kurak ostiga, bo'yinning chap qismiga, chap yelkaga va qo'lga tarqaladi. Ular odatda fizik zo'riqish yoki emotsional holatlar bilan bog'liq bo'lib, nitroglitserin qabul qilgandan keyin o'tib ketadi. Miokard infarktida esa og'riqlar nihoyatda kuchli, stenokardiya bilan farqi yanada davomliroq bir soatdan bir necha kungacha davom etishi mumkin. Tomir kengaytiruvchi vositalar ta'sirida og'riqlar o'tmaydi. Bemorlarni o'lim vahimasi bosadi. Aorta anevrizmasida esa og'riqlar huddi miokard infarktidadidek o'tkir bo'ladi, lekin undan farq qilib, umurtqa pog'onasi bo'ylab va aorta bo'ylab tarqaladi. Miokarddagi og'riqlar unchalik o'tkir emas, intensivligi sustroq va doimiy emas, jismoniy zo'riqishda kuchayadi. Perikarddagi og'riqlar to'sh suyagi o'rtasida yoki butun yurak sohasida joylashib sanchuvchi, otuvchi (stelyayushiy) o'tkir xarakterda bo'lib, yo'talganda, harakatlanganda yoki stetoskop bilan tekshirganda kuchayadi. Og'riqlar bir necha kunlab, oylab yoki yillar davomida xurujli kechishi mumkin. Aortit (aortalgiya) dagi og'riqlar to'sh suyagi dastagi ortida joylashib harakatlanganda va emotsional holatlarga bog'liq emas, yurak sohasidagi simillovchi og'riqlar yuzaga kelib, harakatlanish, jismoniy zo'riqishga bog'liq bo'lmaydi, balki, bu turdagi og'riqlar kardionevrozlarda kuzatiladi. Yurak sohasidagi og'riqlar muskullar, nervlar, qovurg'alar va qo'shni a'zolarga tegishli bo'lishi mumkin (diafragmal churrallar, xolesistitlar, oshqozon raki, va yaralari) bu turdagi og'riqlar kelib chiqishi, xarakteri, og'riq jadalligini o'zgarishi bilan yurak og'riqlaridan farq qiladi.

Yurak kasalliklarida: hansirash (dyspnoe) - yurak faoliyati yetishmasligi yani organizmni qon bilan taminlanish darajasini etishmovchiligi, organizm ehtiyoj darajasini qondira olmasligi natijasida yuzaga keladi va kichik qon aylanish doirasida qon dimlanishi havo yetishmasligi holatini keltirib chiqaradi. Qonda kislorod va karbonat angidrid nisbati buziladi yani karbonat angidrid ko'payadi. Bunday hansirash aksariyat holatlarda

inspirator xarakterga ega. Hansirashning darajasiga qarab qon aylanish yetishmovchiligi darajasi to'g'risida xulosa qilish mumkin. Agar kuchli fizik zo'riqishda hansirash yuzaga kelsa, qon yetishmasligining 1-darajasi hisoblanadi. Yengil fizik zo'riqish natijasida yuzaga kelsa 2-daraja hisoblanadi. Tinch holatda yuzaga kelsa 3-darajasi to'g'risida oylash mumkin.

Bo'g'ilish xuruji asosan kechasi uyqu holatida birdaniga yuzaga keladi. Bemorlar havo yetishmasligi, nafas qisishi, havoga to'ymaslik, ko'pikli qon aralash yo'tal bilan balg'am ajralishiga shikoyat qiladilar (yurak astmasi, o'pka shishi). Qon tuflash holati kichik qon aylanish doirasida qonning dimlanishi bilan kechadigan yurak xastaliklarida (yurak mitral stenoz va etishmovchiligida) shuningdek, o'pka arteriyasi tromboemboliyada kuzatiladi. Bemorlarda yurak tez urishi ko'pgina yurak kasalliklarida: miokarditlarda, yurak poroklarida kuzatiladi. Yurak tepishi ko'pincha revmatizm uchun xosdir. Yurak ritmi buzulish holatlarida bemorlarda "yurak to'xtaganday" kabi holatlar kuzatiladi. Yurakning notekis, tez urishi yurakni innervatsiya qiluvchi nerv faoliyati va distrofik o'zgarishlar bilan bog'liq.

Shish. Bemorlar oyoqlarida kechqurunga qarab shishlarning paydo bo'lishi, ertalabga yaqin yo'qolishidan shikoyat qiladi va bu qonning oyoqlarda dimlanishi



bilan bog'liq. Keyinchalik bu shishlar boldir sohasida, keyinroq qorin bo'shlig'ida va boshqa serroz bo'shliqlarda yig'ilishi mumkin. Bazanda shishlar mahalliy bo'ladi-oyoq venalari tromboflebitida shu oyoqda shish kuzatiladi, yuqori kovak vena qisilganda stoks yoqasini yani tananing yuqori qismini shishi kuzatiladi.

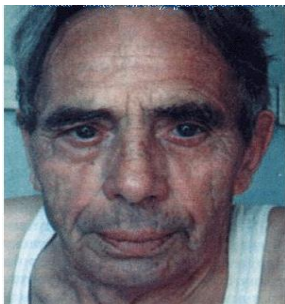
Yurak qon tomir tizimi bilan kasallangan bemorlarni ko'ngil aynishi, tez charchash, qusish, qorin dam bo'lishi, ishtahaning buzilishidan shikoyat qiladi (yurak etishmovchiliklarida). Bosh og'rishi, yuz va yonoq sohasi giperemiyasi (qon bosimi ko'tarilganda), bosh aylanishi, uyqusizlik, kuzatiladi. Miokardid, endokardit, miokard infarkti kabi kasalliklarda tana harorati subfebril ko'tariladi. So'rab surishtirishda isitma varaja va terlash bilan kechadimi yo'qmi, sutkaning qaysi vaqtida ko'tariladi buni aniqlash lozim bo'ladi.

Anamnezis morbi—so'rab surishtirishda kasalliklarga xos simptomlarni yuzaga kelish vaqti, nimadan keyin sodir bo'lganligi, simptomlarning davomiyligi, ularning xarakteri, intensivligi, biror bir jismoniy zo'riqish yoki boshqa sabab bilan bog'liqligi, qanday vaziyatlarda og'riq jadalligining pasayishi, qanaqa ko'rinishda davo muolajalari qabul qilinganligi, ularning samaradorligi surishtiriladi.

Anamnezis vitae—kasallikning kelib chiqishiga ta'sir etuvchi omillar o'rganiladi. Bemorlarning boshidan kechirgan kasalliklari va boshqa omillar: difteriya, revmatizm, ateroskleroz, angina, sifilis, qandli diabet, gipertoniya kasalligi, sistemali kasalliklar, semizlik, giperlipedemiya, tushkunlik, chekish, ichish va boshqalar. Bemor hayotdagi va ish joyidagi sharoitlar o'rganiladi. Bemorning zararli odatlari va kasbga aloqador holatlari, uning xolesteringa boy maxsulotlar istemol qilishi, kam harakatchanligi, aqliy mehnat bilan shug'ullanishi, bemorning vazni o'rganiladi. Bemorning avlodida yurak qon tomir kasalliklari qayd qilinganligi, irsiy anamnezi, ayollarda esa homiladorlik va tug'ruqlarning kechishi hamda klimakterik davri o'rganiladi va boshqalar so'raladi. Qanday davo muolajalar olganligi, uning samaradorligi so'raladi. Alergik va epidemiologik anamnez yig'iladi.

Yurak –qon tomir kasalligi bilan kasallangan bemorlarni ob'yektiv tekshirish: ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya.

Inspeksiya (ko'zdan kechirish). Yurak kasalliklari bilan kasallarni ko'zdan kechirganda bemorlar terisida, barmoqlar uchida, lablarida ko'karishni (tsianoz),



yoki butun tanada ko'karish (akrotsianoz) ni ko'rishimiz mumkin. **Tsianoz markaziy bo'ladi**-nafas olish tizimi kasalliklarida, asosan nafas etishmovchiligi bilan kasallangan bemorlarda kuzatiladi, bunda qonni kislorodga to'yinishi (oksigenatsiya jarayoni) buziladi. Tsianoz butun tana bo'yicha tarqaladi (yuz, tana, qo'llar, oyoqlar va h.k.). **Tsianoz periferik bo'ladi**-bu holat o'ng qorincha yetishmovchiligi bor bemorlarda kuzatiladi. Bunda vena qon aylanishi sekinlashib, venoz qon dimlanadi va kislorodni to'qimalar bilan ekstraktsiyasi (sarflanishi) kuchayadi. Qonda qaytarilgan gemoglobin miqdori 40-50 gr/l dan ko'payadi, asosan distal sohalarda (qo'l uchlari, oyoqda, lablarda, burun uchlari, quloqlarida).



Gipertoniya kasalligi bilan kasallangan bemorlarni ko'zlarida, yonoq sohalari qizarish ko'rishimiz mumkin. Mitral stenozda lunjlarni qizarishi, lablar, burun uchi, qo'l va oyoqlarida tsianoz (ko'karish) ko'rish mumkin. Aortal paroklarda teri va ko'rinib turgan shilliq qavatlar oqimtir rangda bo'ladi. O'pka stvoli stenoz va o'pka arteriyasi trombozida tsianoz va teri rangparligi birgalikda keladi.

Yurak sohasini ko'zdan kechirganda mitral nanizm, kapalak simptomi, yurak bukriligi kabi uchlik symptom ko'zga tashlanadi (tug'ma va hayotda orttirilgan yurak poroklarida) kuzatiladi. Yurak cho'qqisi sohasida yurak faoliyatiga sinxron ravishda yuzaga keladigan ritmik pulsatsiya yurak turtki zarbi deyiladi. Yurak turtki zarbi diastola vaqtida yurak cho'qqisini ko'krak qafasiga ritmik ta'siri natijasida yuzaga keladi. **Agar yurak cho'qqi sohasidagi ritmik bo'rtib chiqish aksincha ichkariga tortilsa manfiy yurak zarbi deb ataladi.** Bu holat yopishqoq perikarditda, perikard va qo'shni a'zolar bilan bitishmalar yuzaga kelganda kuzatiladi. Agar ozg'in kishilarda turtki zarbi qovurg'alar ortiga tog'ri kelsa, u ko'zga tashlanmaydi, faqatgina sistola vaqtida ozgina tortilishi mumkin (turtki zarbi odatdagi joyidan birmuncha o'ngroqda va yuqoriroqda kuzatiladi). **Yurak zarbi** – yurak pulsatsiyasi, o'ng qorincha gipertrofiyasi natijasida yuzaga keladi va epigastral sohada ko'zga tashlanadi (epigastral pulsatsiya). Aorta anevrizmasida to'sh suyagi dastasi ortida pulsatsiya ko'zga tashlanadi (retrosternal pulsatsiya). Yurak sohasida IV qovurg'a sohasida tarqoq yurak pulsatsiyasi cho'qqi turtki zarbidan biroz ichkarida chap qorincha anevrizmasi hisobidan transmural infarkt holatlarida kuzatiladi. II qovurg'a orasida o'ngdagi pulsatsiya chiquvchi aortal qismi va aorta yoyi kengayishida kuzatiladi. II-III qovurg'a orasida chapdagi pulsatsiya o'pka stvoli kengayishida kuzatiladi (mitral stenozda).

Tomirlarni ko'zdan kechirish. Chakka arteriyalarining bo'rtib chiqishi va ularning pulsatsiyasi ko'zga tashlanishi ateroskleroz va gipertoniya kasalliklari uchun xos. Aortal klapan etishmovchiligida bo'yin sohasida uyqu arteriyasining sistolik kengayishi va diastolik puchayishi aorta klapanlari yetishmovchiligida kuzatiladi

(karatid raqsi) va ba'zida shunga mos ravishda bemor boshini chayqalishi simptomi (Myusse simptomi) kuzatilishi mumkin. Karotid raqsi ba'zida o'mrov osti, yelka, bilak arteriyalari va hatto arteriolalarning, kapillyarlarning pulsatsiyasi (bazan tireotoksikozda) bilan davom etadi (pulsatsiyali inson).

Kvinke simptomi – tirnoqqa yengil bosib ko'rilganda sistola vaqtida qizarish, diastola vaqtida oqarish kabi o'zgarish aortal nuqsonlarda kuzatiladi.

Stoks yoqasi–yuqori kavak venaning qisilishi tufayli bo'yin venalarining kengayishi va bo'yin, yuz sohasida shish kuzatilishi. Bu eksudativ perikardid va aorta yoyi anevrizmida kuzatiladi.

Venalarni kengayishi ham diagnostik ahamiyatga egadir. Venalarning mahalliy kengayishi ko'pincha o'smalar kattalashgan limfa tugunlari (leykoz va limfagranulematozda) tomirni qisib qoyishi natijasida yuzaga keladi. Yurakning o'ng qismi yetishmovshiliklarida, ko'krak ichida bosim ortganda venalarda umumiy dimlanish yuzaga keladi. Bunda bo'yin venalarini kengayishini ham ko'rish mumkin. Yuqori kovak venasida qon oqishi kiyinlashuvi hisobiga bo'yin, bosh, qo'llar, ko'krak qafasi oldingi qismi venalari kengayadi. Bunda kollateral orqali qon pastki kovak venaga tushadi. Pastki kovak venada dimlanish bo'lsa, oyoq venalari va qorin yon tomon venalari kengayadi. Oyoqlarda, qorinda shish kuzatiladi.

Boyin sohasida bo'yin venalarini pulsatsiyasini ko'rish mumkin. O'ng qorincha sistolasi vaqtida qon bo'yin venalarida dimlanadi va venalar kengayadi, bo'lmacha diastolasida bo'yin venasidan qon bo'lmachaga tushadi, venalar bo'shaladi. Meyorda arteriyalar sistolik kengayishida bo'yin venalar bo'shaladi bu manfiy vena pulsidir. Sog' insonlarda vena pulsi yaxshi ko'rinmaydi ammo yotgan holatda yaxshi ko'rinadi. Katta qon aylanish venalarida bosim oshsa bo'yin venalari kengayadi va pulsatsiyasi yaxshi korinadi, bu o'ngda o'ng yelka venasi kaltaligi tufayli yaxshi ko'rinadi. Garchi vena pulsatsiyasi arteriya pulsatsiyasi bilan birga kelganda musbat vena pulsi hisoblanadi. Vena pulsi uch tabaqali klapan etishmivchiligida ko'proq uchraydi, chunki venada dimlanish bo'ladi. Vena pulsatsiyasi chin va yolg'on bo'lishi mumkin. Yolg'on vena pulsatsiyasi vena pulsini uyqu arteriyasidan beriladigan pulsatsiya bilan bazan almashtirish mumkin. Uyqu arteriyasi pulsatsiyasi undan ichkariga bo'ladi. Qo'l bilan bosilganda chin vena pulsatsiyasi shu joyda sezilmaydi. Yolg'on vena pulsatsiyasida qo'l bilan bosilganda yaxshiroq ko'rinadi.

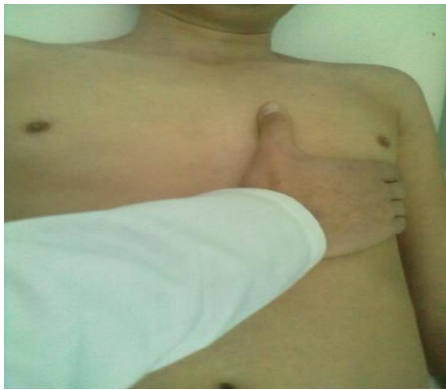
Qo'l barmoqlarini baraban tayoqchasimon shaklga o'tishi aortal parok uchun xosdir.

Lipidlar almashinuviga xos simptomlarni ksantelazma, ksantoma ko'rishimiz mumkin.

Palpatsiya

Yurak sohasini palpatsiya qilish, yurak turtki zarbini, yurak zarbini aniqlash, ko'krak qafasidagi titrash (mushuk xirillashi), og'riqli sohalarni aniqlash imkoniyatini beradi. Yurak turtki zarbi joylashgan joyi, balandligi, amplitudasi, rezistentligi, maydoni, tarqalishi aniqlanadi. Normada yurak turtki zarbi chap o'rta o'mrov chizig'idan 1-1,5 sm ichkarida 5- qovurg'a oralig'ida joylashgan, maydoni 2sm², agar undan yuqori bo'lsa, kengaygan, kichik bo'lsa, chegaralangan deb qaraladi. Yurak turtki zarbi maydoni kichrayishi va kengayishi mumkin. Kichrayishi o'pka emfizemasida kuzatiladi. Balandligi, amplitudasi, rezistentligi o'rtacha chegaralangan turtki zarbi o'pka emfizemasida, diafragma pastga tushganda kuzatiladi. Bunda yurakni ko'krak qafasiga kelib uriladigan qismi kamayadi, kengaygan turtki zarbida (chap qorincha gipertrofiyasida, mitral va aortal poroklarda, gipertoniya kasalliklarida) chap qorinchaning ko'proq qismi ko'krak qafasiga kelib uriladi. Kengaygan turtki zarbi yurakka bog'liq bo'lmagan hollarda ya'ni o'pkalar bujmayganda, diafragma yuqori turganda, ko'ks oralig'ining orqa o'smalarida kuzatiladi. Turtki zarbining balandligi uni ko'krak qafasiga berayotgan tebranishlar amplitudasi bilan bog'liq. Baland va past turtki zarbi farqlanadi. Bu holat ko'krak qafasining qalinligi va yurakgacha bo'lgan masofaga teskari proporsional. Turtki zarbining balandligi yurak qisqarishlarining kuchi va tezligiga to'g'ri proporsional (emotsional holatlarda, fizik zo'riqishlarda, lixoratka, tireotoksikozda ortadi). Turtki zarbining rezistentligi yurak muskulining kuchi, qalinligi va zichligiga bog'liq. Rezistentlikning yuqori bo'lishi chap qorincha gipertrofiyasi bilan izohlanadi. Turtki zarbining rezistentligi tekshiruvchi kishining barmoqlariga ko'rsatilayotgan bosim va uni yengish uchun sarflanadigan qarshi kuch bilan ifodalanadi. Rezistentligi baland, kengaygan, kuchli zarbi paypaslaganda gumbazsimon aniqlanadi. Shuning uchun ham gumbazsimon ko'tariluvchi turtki zarbi deyiladi. Bunday turtki zarbi yurakning aortal poroklari uchun xarakterli.

Yurakni zarbi – o'ng qo'l kafti bilan yurakning absolyut to'mtoqligi sohasida (to'sh suyagidan chapda 4-5 qovurg'a orasida) paypaslab ko'riladi.



Yurak turtki zarbini aniqlash texnikasi.

Yaqqol ko'zga tashlanadigan yurak zarbi o'ng qorincha gipertrofiyasidan darak beradi. Yurak turtki zarbi maydoni kengayishi yurakda gipertrofiya yuzaga kelishiudan dalolat beradi, chap qorincha gipertrofiyasida zarb maydoni kengayib chapga siljiydi. Chap bo'lmacha gipertrofiyalansa yuqoriga siljiydi. **Palpatsiyada sistolik va diastolik mushuk xirillash simptomini aniqlash mumkin.** Mushuk xirillashi – palpator simptom bo'lib, qonni toraygan teshikdan girdobsimon harakat qilib o'tishi natijasida va qon toraygan teshikdan o'tishda qarshilikda uchrashi tufayli yuzaga keladi. Natijada ko'krak qafasi muskullari chegaralangan sohada titrashi aniqlanadi. Uni aniqlash uchun o'ng qo'l kafti auskultativ nuqtaga qo'yiladi. Diastola fazasida aniqlanadigan mushuk xirillashi mitral stenozda va sistola vaqtida aniqlanishi aortal stenozda uchraydi va tegishli qopqoq ustidan paypaslanadi.

Epigastral pulsatsiya-o'ng qorincha gipertrofiyasida paypaslash mumkin.

Nesterovning ikki to'qmoqcha simptomini paypaslash orqali aniqlash mumkin. Ushbu symptom mitral stenozda kuchaygan I va II ton hisobiga yuzaga keladi va palpatsiyada qo'lga seziladi.

III tabaqali klapan etishmovchiligida jigar pulsatsiyasini aniqlash mumkin. Yurak qisqargan vaqtda u bilan birga jigarda pulsatsiya palpatsiyada seziladi.

Pulsga paypaslab xarakteristika berish mumkin.

Yurak absolyut va nisbiy to'mtoqlik chegarasini aniqlash. Yurak konfiguratsiyasi va tomir tutami.

Perkussiya usuli bilan yurakning absolyut (mutloq) va nisbiy chegaralari aniqlanadi. Yurak mushak va qondan iborat havosiz a'zo bo'lgani uchun uni to'qillatib ko'rganda bo'g'iqlik tovush beradi. Lekin u qisman o'pka bilan qoplanib turganligi sababli bo'g'iqlik tovush nisbiy va mutloq bo'ladi. Yurakning nisbiy bo'g'iqlik chegarasi uning haqiqiy yani o'pka bilan qoplangan chegaralariga, mutloq bo'g'iqlik chegarasi esa o'pka bilan qoplanmagan yuzasining kengligiga mos keladi. Bu yerda o'ng qorinchaning oldingi devori joylashgan bo'ladi. Bemotlarda perkussiya tik turgan, o'tirgan va yotgan holatida bajarish mumkin. Yurakning nisbiy bo'g'iqlik chegaralarini aniqlashda o'rtacha perkutor zarbadan, absolyut bo'g'iqlik chegaralarini aniqlashda esa kuchsiz zarbadan foydalaniladi. Barmoq plessimetr tanaga zich tegib turishi va aniqlanayotgan chegara chizig'iga parallel ravishda qovurg'a oralig'iga qo'yilishi kerak. Perkussiya aniq perkutor o'pka tovushdan bo'g'iqlik tovushga tomon olib boriladi va chegara barmoq plessimetrning tashqi tomonidan belgilanadi. **Yurakning nisbiy bo'g'iqlik chegaralari** ma'lum ketma-ketlikda, avval o'ng, keyin yuqori va chap tomonlardan aniqlanadi. Yurakning nisbiy bo'g'iqlik chegarasini o'ng tomondan aniqlash uchun avval o'rta o'mrov chizig'i bo'yicha yuqoridan pastga qarab jigarning yuqori bo'g'iqlik chegarasigacha perkussiya qilib boriladi. So'ngra barmoq plessimetrni bir qovurg'a oralig'i yuqoriga ko'tariladi va qovurg'alar yo'nalishiga perpendikulyar va to'sh suyagining chetiga parallel ravishda o'ngdan chapga qarab perkussiya qilib boriladi. So'g'lom odamda yurakning o'ng nisbiy bo'g'iqlik chegarasi to'sh suyagining o'ng chekkasidan 1 sm tashqarida bo'ladi. Yuqori tomondan chap to'sh oldi chizig'i bo'ylab yuqoridan pastga qarab perkussiya qilib boriladi. U sog'lom odamda 3-qovurg'a orasida joylashadi. Yurakning chap nisbiy bo'g'iqlik chegarasini aniqlash uchun avval palpatsiya yo'li bilan yurak cho'qqisining turtkisi aniqlanadi, so'ng qo'ltiq osti old chizig'idan boshlab qovurg'a oralig'i bo'ylab cho'qqi turtkisi tomon bo'g'iqlashgan tovushgacha perkussiya qilib boriladi. Normada yurakning chap bo'g'iqlik chegarasi chap o'rta o'mrov chizig'idan 1-1,5 sm ichkarida joylashadi. Shundan keyin tananing o'rta chizig'idan yurakning chap va o'ng nisbiy bo'g'iqlik chegaralarigacha bo'lgan masofa o'lchanadi. U chapdan 8-9 sm, o'ngdan 3-4 sm, hammasi bo'lib 11-13 sm ni tashkil qiladi va bu umumiy masofa **yurakning ko'ndalang o'lchami** deyiladi. **Yurakning absolyut bo'g'iqlik** chegaralarini aniqlash uchun uning nisbiy bo'g'iqlik chegarasidan ichkariga qarab bo'g'iqlashgan perkutor tovushdan absolyut bo'g'iqlik tovush paydo bo'lguncha past

kuchsiz perkussiya qilib boriladi. Sog'lom odamda o'ngdan yurakning absolyut bo'g'qlik chegarasi to'sh suyagining chap qirrasi sohasida, yuqoridan to'sh oldi chizig'i bo'ylab 4-qovurg'a oralig'ida va chapdan nisbiy bo'g'qlik chegarasidan 1-1.5 sm ichkarida joylashadi. Yurakning bo'g'qlik chegaralarini o'zgarishi o'pkaning holatiga ham bog'liq, emfizemada absolyut bo'g'qlik chegara kamayib bujmayishida ushbu bo'g'qlik chegara kengayadi. Yurakning bo'g'qlik chegaralari yurakning hajmiga ham bog'liq. Yurakning nisbiy bo'g'qlik chegaralarining o'zgarishi turli omillarga bog'liqdir. Uning kichiklashib ketishi asteniklarda, ichki a'zolar pastga tushganda, yurakning vertikal joylashishi tufayli kuzatiladi, aksincha, bu chegaralarning kattalashib ketishi gipersteniklarda, qorinda ko'p miqdorda havo, suyuqlik yig'ilganda, diafragmaning baland joylashganligi tufayli yuzaga keladi. Bunda yurak ancha gorizontall joylashadi. Yuqoridagi hollarda yurakning chegaralari uning o'zini emas, balki holatining o'zgarishi bilan bog'liq bo'ladi. Yurak kasalliklarida uning mushaklari gipertrofiyaga uchrashi hamda uning ayrim qismlarining kengayib ketishi (dilyatatsiya) natijasida ham u yoki bu tomondagi chegaralarining o'zgarishi qayd etiladi. Ko'pincha chegaralarning kattalashib ketishi o'ng, chap, yuqori va orqa tomonda aniqlanadi, chunki oldinda ko'krak qafasining qarshiligi, pastda esa diafragma yurakning bir tomonlama kengayishiga to'sqinlik qiladi. Yurakning nisbiy bo'g'qlik chegaralarining o'ng tomonga kattalashishi o'ng bo'lmacha va o'ng qorinchaning kattalashishi natijasida yuzaga keladi. Bu hol uch tavaqali klapan yetishmovchiligida va o'pka arteriyasining og'zi torayib qolganda, mitral stenozda kuzatiladi. Mitral stenozda esa yurak chegaralari faqat o'ngga emas, balki yuqoriga ham kattalashadi. Yurakning nisbiy bo'g'qlik chegarasining faqat chap tomonga kattalashishi ko'pincha gipertoniya kasalligida, chap qorincha kuchli gipertrofiyaga uchraganda qayd etiladi. Chapga hamda pastga 6-7 qovurg'a oralig'igacha kattalashuvi aortal poroklarda, chapga va yuqoriga kattalashuvi mitral klapan yetishmovchiligida uchraydi. Yurak nisbiy bo'g'qlik chegarasining yuqoriga kattalashuvi mitral teshik torayishida kuzatiladi. Yurak kasalliklari uzoq vaqt davom etganda, ayniqsa qo'shma nuqsonlar kuchli dekompensatsiyaga uchraganda yurakning nisbiy bo'g'qlik chegarasi hamma tomonga kengayib ketadi. Bunday yurakni "buqa yuragi" (cor bovinum) deb ataladi. Yurakning mutloq bo'g'qlik chegarasi uning o'pka bilan qoplanmagan va ko'krak qafasining old devoriga tegib turuvchi qismidir. Bu yerdagi mutloq bo'g'qlik o'ng qorincha hisobiga yuzaga keladi. Mutloq bo'g'qlik chegarasi ham patologik hollarda o'zgarishi mumkin. Uning kengayib ketishi diafragma juda baland joylashganda, o'pka to'qimasi chetlari burishib qolganda, orqa ko'ks oralig'ining katta o'smalarida, eksudativ plevrit hamda perikarditlarda kuzatilishi mumkin. Aksincha mutloq bo'g'qlik chegarasining torayib ketishi diafragma juda past joylashgan hollarda, o'pka emfizemasida, pnevmosklerozda, yurak atrofida yoki teri ostida havo yig'ilganda qayd etilishi mumkin. Bundan tashqari yurakning o'zining kengayib ketishi ham mutloq bo'g'qlik chegaralarining kengayishiga olib keladi. Masalan, o'ng qorincha gipertrofiyasi bilan kechadigan poroklarda shunday bo'ladi.

Tomirlar tutamini o'ng tomondan yuqori kavak vena va aorta yoyi, chapdan o'pka arteriyasi hosil qiladi. Ba'zi kasalliklarda aorta anevrizmasi, o'pka arteriyasining kengayishi, ko'ks oralig'i o'smalari va boshqalarda tomirlar tutami kengayib ketadi.



a)
a) o'ng tomondan tomir tutamini aniqlash texnikasi;



b)

b) chap tomondan tomir tutamini aniqlash texnikasi;

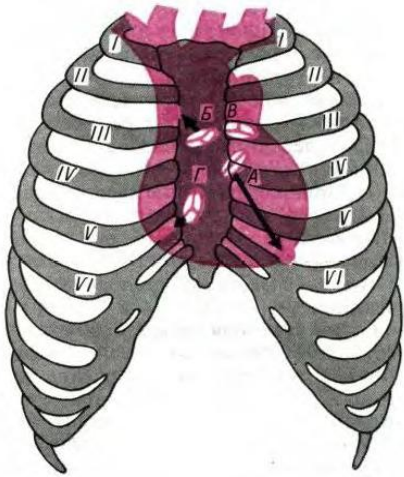
Uni aniqlash uchun 2-qovurg'a oralig'ida chap va o'ng tomonda o'rta o'mrov chizig'i sohasidan boshlab tashqaridan ichkarigacha bo'g'iq tovushgacha perkussiya qilib boriladi va barmoq plessimetrlning tashqarisidan belgilanadi. Sog'lom odamda bu tutamning kengligi 5-6 sm ga teng.

Yurak konfiguratsiyasini aniqlash

Yurak konfiguratsiyasi yoki shaklini aniqlash tashxis uchun katta ahamiyatga ega. Yurak nuqsonlarida yurakning shakli ancha o'zgaradi. Masalan, mitral klapan yetishmovchiligida va stenozida yurakning o'ng qorinchasi va chap qismlari kengayib ketganligi sababli chap tomon tekislanib, chegara yoyi yo'qolib, ba'zan aksincha bo'rtib chiqadi. Bunday shaklni "mitral konfiguratsiya" deyiladi. Aorta klapani nuqsonlarida, gipertoniya kasalligida yurakning faqat chap qorinchasi kengayganligi sababli, yurak chap chegarasining pastki qismlari kengayib ketadi va chegara yoyi ko'proq bilinadi. Bu shakl yurakning "aortal konfiguratsiyasi" deyiladi. Yurak konfiguratsiyasini perkussiya yo'li bilan aniqlash uchun avval tomirlar tutami va yurak cho'qqisi chegaralari belgilangandan keyin chap va o'ng tomondan 3-4 qovurg'a oralig'idan tashqaridan ichkariga qarab perkussiya qilib borib, u yerdagi nisbiy bo'g'iqlik chegaralarini odatdagidek belgilanadi va shu belgilangan nuqtalarni yuqoridan tomirlar tutamining kengligini ko'rsatuvchi nuqtalar bilan, pastdan yurak cho'qqisi nuqtasi bilan tutashtiriladi.

Yurak auskultatsiyasi, yurak tonlarining xarakteristikasi, yurak tonlarini eshitish nuqtalari. Yurak tonlarining kuchayishi va susayishi.

Yurakning auskultatsiya qilish texnikasi; X-simon va Z-simon yurak auskultatsiyasi mavjud. Z simon auskultatsiya yurak I va II tonlarini kuchayganligini va susayganligini solishtirish uchun samaralidir.



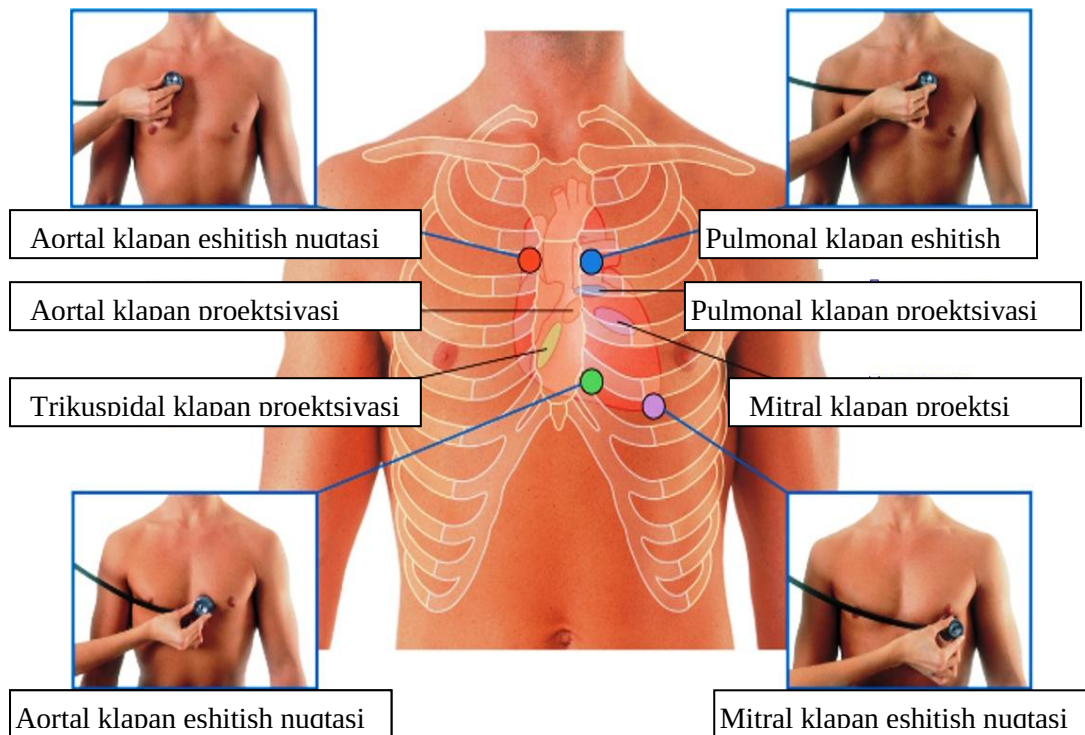
A) mitral, B) aortal, V) pulmonal, G) trikuspidal klapanlar joylashish o'rni.

Mitral klapan proektsiyasi o'rta o'mrov chizig'idan 1-2 sm ichkariga V qovurg'a oralig'i;

Uch tabaqali klapan eshitish nuqtasi xanjarsimon o'simta asosi o'ng yoki chap qirrasi;

Pulmonal klapan eshitish nuqtasi II qovurg'a oralig'i to'sh suyagi chap qirrasi;

Aortal klapan eshitish nuqtasi II qovurg'a oralig'i to'sh suyagi o'ng qirrasi;



Yurakni auskultatsiya qilganda bemorning vaziyatini ham ahamiyati bor. Mitral klapani auskultatsiya qilish vaqtida bemor biroz chap biqinga burilsa tonlar va u yerda hosil bo'ladigan shovqinlar yaxshiroq eshitiladi. Aortal klapani auskultatsiya qilinganda bemor biroz oldinga enkaysa u yerda eshitiladigan tonlar va shovqinlar yaxshi eshitiladi. Yurak eshitish nuqtalarida auskultatsiya qilinganda sog'lom odamda 2 ta asosiy va 2 ta qo'shimcha tonni eshitish mumkin.

I ton qorinchalar sistolasi boshlanishi natijasida yuzaga keladi. (sistolik ton) va II-ton diastola boshlanishi vaqtida yuzaga keladi va diastolik ton deb qarash mumkin. Yurakda I-ton qorinchalar sistolasi boshlanish vaqtida, mitral klapan (2 tavaqali) va 3 tavaqali klapanlarning yopilishi bir vaqtda qorinchalarning qisqarishi natijasida yuzaga keladi. I ton yuzaga kelish mexanizmi 4 ta komponentdan iborat.

Qorincha mushaklari komponenti. I ton hosil bo'lishida qorinchalar qisqarishi tebranishi ham ishtirok etadi.

Tomirlar komponenti. I tonning tomir komponenti aorta sohasidagi tebranishga va o'pka arteriyasining qisqargandagi, qon hajmi bo'lmachalar qisqarishi bog'liq. Klapan komponenti. Mitral va trikuspidal klapanlar tebranishi natijasida yuzaga keladi.

Bo'lmachalar komponenti. Bo'lmacha-qorincha o'rtasidagi klapan elastin toladan iborat bo'lib, ular mahkam yopiladi. Ular faqat yopiq klapan holatida 1 ton boshlanish fazasida ishtirok etadi.

II ton diastola vaqtida aorta klapani va o'pka arteriyasida klapanlarning yopilishi natijasida hosil bo'ladi. Bu ton 2 komponentdan iborat bo'lib, tomirlar va qopqoqlar komponentidan tashkil topgan.

Ko'rsatkichlar yurak tonlari

Ko'rsatkichlar	I ton	II ton
Yurak qisqarish fazalari	Sistolik	Diastolik
Davomiyligi	0,09-0,12 sek	0,05-0,07 sek
Yaxshi eshitish joyi	Yurak cho'qqisida	Yurak asosida
Eshitilishi	Kichik pauzadan so'ng	Katta pauzadan keyin
Puls bilan bog'liqligi	Bir vaqtda	Bir vaqtda emas

Yurak tonlarining patologik o'zgarishlari:

Yurak tonlari tashqi va ichki omillar natijasida o'zgarishi mumkin. Tashqi ko'krak qafasining qalinlashishi (katta ko'krak muskuli hisobiga) perikard va plevraga suyuqlikning to'planishi, o'pka emfizemasida yurak tonlari pasayishi kuzatiladi.

Ichki omillar bular miokardning zararlanishi, qopqoqlarni zararlanishi, tomirlar holatining o'zgarishi, aortani torayishi kabi o'zgarishlardir, Bu holatlarda mitral klapan proektsiyasida I ton susayadi.

Yurak tonlarining kuchayishida ham tashqi va ichki omillar rol o'ynaydi. Bular ichki ko'krak qafasi yupqa bo'lgan ozg'in odamlarda, ichki o'pkasi bujmaygan kishilarda kuzatiladi. Intrakardial omillardan yurak ritmi chastotasi katta bo'lgan hollarda, miokardda muddatidan oldin ektopik o'choq hosil bo'lganda, extrasistoliyada, aortaning torayishi (II ton kuchayadi). To'liq ko'ndalang qamalda qorinchalar va bo'lmachalar alohida alohida qisqaradi. **Agarda qorincha va bo'lmacha bir vaqtda qisqarsa Strajeskoning zambarak toni eshitiladi.**

I-ton kuchayishi va susayishi.

Yurak auskultatsiya qilinganda mitral klapan va trikuspidal klapan proektsiyasida I ton bir xil balandlikda bo'ladi va aortal klapan biroz chuqurroq joylashganligi tufayli unda va o'pka arteriyasi proektsiyasida II ton balandligi bir xildir. Buni bilish tonlar kuchayganligi va susayganligini aniqlash uchun zarurdir.

I-ton susayishi II va III tabaqali klapanlar jarohatida bu I -ton klapan komponenti kamayishiga olib keladi. I-ton, shuningdek aortal paroklarda, qorinchlar gipertrofiyasida, miokarditda, kardiosklerozda umuman olganda yurak mushaklarida distrofik o'zgarishlar yuzaga kelganda yurak yetishmovchiligida I ton susayadi. Aortal klapan o'zgarishlari mitral klapan proektsiyasida va o'pka arteriyasidagi o'zgarishlar trikuspidal klapan proektsiyasidagi o'zgarishlarga olib keladi (I ton susayishiga). Teri osti yog' qavati kuchli ifodalangan kishilarda I ton sust eshitiladi.

I-ton kuchayishi taxikardiya (jismoniy zo'riqishdagi) anemiya gipertireozda kuzatiladi. I- ton kuchayishi muskul komponentida kuzatilib bunda sistola boshida qorinchalarning qon bilan to'lishi kamayadi. I-ton "qarsaksimon" aniqlanadi (mitral stenoz uchun xos). Xuddi shunday ekstrasistoliya vaqtida ham kuchaygan ton eshitiladi. I tonni mitral va uch tabaqali klapan proektsiyasida kuchayishi shu klapanlar stenozida yuzaga keladi. I-ton intensivligining o'zgarishi hilpillovchi aritmiyada kuzatiladi, bunda diastola pauzasi o'zaradi.

II- ton susayishi aortal klapan etishmovchiligi va yirik qon tomirlarda bosim past bo'lishi ular qon bilan to'lishining kamayishida vujudga keladi va o'pka sitvoli klapani etishmovchiligida hamda chu yerda bosimni pasayishi o'pka sitvoli proektsiyasida II ton susayishiga olib keladi. O'pka arteriyasi va aorta klapaning jarohatlanishi, ularning yopilishi buzilishiga olib keladi. Bu II ton komponentini birini buzilishiga olib keladi va shuning uchun ham II ton susayadi. Aorta ustida II-ton susayishi aortal klapanlarga kaltsiy tuzlarining o'tirishi klapanlar harakatini susaytiradi.

II-ton kuchayishi aortal klapan proektsiyasida yoki o'pka arteriyasi klapani proektsiyasida II ton aktsenti deb yuritiladi. Aortal klapanida bosim ortsa uning proektsiyasida va o'pka arteriyasiga bosim ortsa uning proektsiyasida II ton aktsenti yuzaga keladi. Fizik va ruhiy zo'riqishda ham II ton kuchayishi mumkin. Aortal klapan sklerozida uning nuqtasida qarsillovchi II ton eshitiladi, garchi gipertoniya bo'lmasa ham. Bundan tashqari aorta devori elastikligi kamayishida sklerotik o'zgarishlarda kuzatiladi. Mitral parogi bo'lgan bemorlarda o'pka arteriyasida II-ton aktsenti aniqlanadi.

Ko'krak qafasi mushaklari qalin bo'lganda shuningdek o'pka arteriyasi stenozida Ikkala tonning susayishi kuzatiladi. Yurak qorinchalarining diffuz jarohatlanishida, ularning qisqarish faoliyati pasayganda masalan, miokardit, miokardiostrofiyalarda ham tonlar susayadi.

Tonlarning ikkilanishi. Bazi patologik holatlarda I va II ton ikkilanishi mumkin. Tonlarning ikkilanishi yurakning chap qismi va o'ng qismi baravariga qisqarmasligi tufayli sodir bo'ladi. Bunda mitral va trikuspidal qopqoqlar birga qisqarmasligi tufayli I tonni ikkilanishi vujudga keladi, aortal qopqoq hamda pulmonal qopqoqni bir vaqtda qisqarmasligi II tonni ikkilanishiga olib keladi. Ikkilangan tonlarni ikkala qismi ham qisqa interval bilan bo'lingan bo'lsa, 2 ta mustaqil ton sifatida qabul qilinmasa unda tonlarni bo'linishi deb hisoblanadi.

I tonning ikkilanishi fiziologik va patologik bo'lishi mumkin. **Fiziologik ikkilanishi** ko'krak qafasida bosim yuqori bo'lganda kuchli va chuqur nafas chiqarganda sodir bo'ladi. Bunda ko'p qon o'pkadan yurak chap bo'lmachasiga tushadi va mitral klapani yopilishiga to'sqinlik qiladi. Uch tabaqali klapan oldin va mitral klapan keyin yopiladi, har biri alohida ton hosil qiladi. Bu birinchi tonni fiziologik ikkilanishidir. **I tonning patologik ikkilanishi** qorinchalar ichi o'tkazuvchanligi buzilishida yani Giss tutamlarida qamal bo'lganda o'tkazuvchanlik buziladi. Bunda chap qismida qamal bo'lsa shu qismi va o'ng qismida qamal bo'lsa ushbu qismi qisqarishdan orqada qoladi. Bunda qopqoqlar birga qisqarmay qoladi va I tonni bo'linishi yuzaga keladi.

II tonni ikkilanishi ko'proq kuzatilib, bu qorinchalarni haydaydigan qon miqdori bilan tomirlardagi bosimga bog'liq bo'ladi. Chap qorinchaga qon miqdori kam bo'lsa va aortada bosim past bo'lsa, chap qorincha tez va qisqa muddatda qisqaradi. Bunda aortal qopqoq o'pka sitvoli qopqoqidan oldin yopiladi va II tonni

ikkilanishiga olib keladi. II tonni ikkilanishi ham fiziologik va patologik bo'ladi. **II tonni fiziologik** bo'linishi nafas olish fazalari bilan bog'liq. Nafas olish fazasida yurakning chap qismiga qon o'pkadan kam keladi va chap qorincha kam qonni tez va qisqa muddat ichida haydaydi, o'ng qorinchadan oldin qisqaradi. Bunda aortal qopqoq oldin yopilib II tonni fiziologik ikkilanishiga olib keladi. Chunki o'pka sitvoli qopqoqi aortal qopqoqdan yopilishda orqada qoladi. **II tonni patologik ikkilanishi** aortal klapan stenozida, gipertoniya kasalligida aortal qopqoq pulmonal qopqoq yopilishidan orqada qoladi yoki kichik qon aylanish doirasida bosim yuqori bo'lganda, o'pka emfizemasida, mitral stenozda pulmonal klapan aortal klapanidan yopilishda orqada qoladi. Xuddi shu holat Giss tutamlari qamalida ham kuzatiladi.

Tonlarni bo'linishidan yana yurak faoliyatida yuzaga keladiga qo'shimcha tonlarni ajratib bilish kerak.

Qo'shimcha tonlar yurak klapanlari ochilishi ovozsiz amalga oshiriladi, shu jumladan mitral klapan tonining ochilishi diastola boshida ovozsiz amalga oshiriladi. Mitral va uch tabaqali klapan tabaqalari burushib qolganda to'liq ochilmaydi va bo'lmachalar sistolasi vaqtida qon chala ochilgan klapanlarga uriladi va qo'shimcha ton hosil bo'ladi. Mitral klapan stenoz bilan kasallangan bemorlarda, diastolada klapan ochilishi cheklanganda, qon oqimi klapaniga birinchi tasir qiladi va tovush hosil qiladi, **bu mitral klapan ochilish tonidir** va II tondan so'ng yuzaga keladi. Ushbu ton uch ritmli qo'shimcha ton sifatida qabul qilinadi. I qarsillovchi ton bilan II ton va mitral klapan ochilish toni yani uch ritmli ton **bedona sayrash ritmini** hosil qiladi. Klapan chirqillab ochilganligi (shelchok) tufayli ton juda baland xarakterli bo'lishi III-tondan ajratishga yordam beradi. Faqatgina uni yurak cho'qqisida eshitish uchun optimal variant membranali stetoskopni qo'llash lozim. III tabaqali klapaning ochilishi to'shning pastki qismida kamdan kam holda eshitiladi. Sistolik tonning haydalishi I-tondan so'ng eshitiladi, ular aorta klapani yoki o'pka arteriyasi klapani harakati bilan bog'liq, shuning uchun o'ng tomondagi II-qovurg'a oralig'ida yoki to'sh qirrasi o'ng tomonida eshitiladi. Aortal ton haydalishi bu ton aortaning eshitiladigan nuqtasida eng yaxshi eshitiladi. Bu ton tug'ma portal stenoz bilan qo'shilib kelishi mumkin. Aortal 2 tabaqali klapan bilan qo'shilib kelishi mumkin.

O'pkaning haydalish toni o'ng tomondagi II-III qovurg'alararo sohasida aniq eshitiladi. Qachonki I-ton kuchayishi o'pka tonining haydalishida namoyon bo'ladi. O'pka tonining haydalish intensivligi nafas olganda susayadi. Bunga sabab o'pka arteriyasi dilyatatsiyasi, o'pka gipertenziyasi, o'pka arteriyasi stenozidir. Perikard o'sishida (srasheniya) qo'shimcha perikard ton diastola vaqtida hosil bo'ladi (0,08—0,14s) II tondan so'ng. Ushbu ton perikardni tebranishi va tezda qorinchalar diastolasi yuzaga kelishi hisobiga diastola boshida yuzaga keladi. Bu qo'shimcha ton I va II ton orasida kelib qisqa baland ton sistolik chirqillash (shelchok) ni hosil qiladi. Sistolik chirqillash mitral klapan prolapsida ham yuzaga kelishi mumkin (prolaps-bu mitral klapani shishib yoki burushib chap bo'lmachaga kirishidir).

Meyorda asosiy I va II ton bilan birga III va IV tonlar ham hosil bo'ladi. III ton bo'lmachalarni faol sistolasida qon chap qorincha mushaklarini diastola boshida tebratishi hisobiga yuzaga keladi va II tondan so'ng 0,12-0,14s keyin hosil bo'ladi. IV ton diastola oxirida yuzaga keladi, bo'lmachalarni kuchli va tez qisqarishi qorinchalarni tez to'ldiradi, shuni hisobiga mushaklar tebranadi va ton hosil bo'ladi. III yoki IV tonni kuchayishi asosiy susaygan I yoki II ton orasida kelsa **uch ritmli ton ya'ni galop ritmi ot dupuri ritmi** hosil bo'ladi. Galop ritmi hosil bo'lish vaqtiga qarab, presistolik, mezodiastolik, protodiastolik bo'ladi.

Patologik III-ton (fiziologik eshitiladi) u protodiastolik gallop ritmining hosil bo'lishida ishtirok etadi. 40 yoshdan oshgan odamlarda har doim patologik belgi bunga sabab miokard qisqarishi kamayishi (surunkali yurak yetishmovchiligida III- ton xarakterli), qorincha hajmining zo'riqishi masalan mitral klapan yoki III-tavaqali klapan yetishmovchiligida kuzatiladi.

I-ton hosil bo'lishidan oldin IV-ton vujudga keladi. Qorinchalar diastolasi va qorinchalarning qon bilan tezda to'lib qisqarishidan hosil bo'ladi va pastdan uni stetoskopda eshitish mumkin. Qari odamlarda yuragida o'zgarishlar bo'lmasa va jismonan sog'lom va rivojlangan shaxslarda eshitish mumkin. Patologik IV-ton gipertoniya kasalligi, aortal stenoz, kardiomiopatiyada kuzatiladi. Bo'lmachalardan qorinchalarga qo'zg'aluvchanlikning tormozlanishi natijasida IV-ton kuchli eshitiladi.

Qorinchadan bo'lmachaga qon o'tishi qiyinlashishi natijasida IV-ton sust eshitiladi. IV-ton asosan presistolik gallop ritmida eshitiladi. Galop ritmi-yurakning uchlangan ritmi taxikardiya fonida eshitiladi va ot dupurini eslatadi. Qo'shimcha ton sifatida galop ritmi quyidagi holatlarda eshitiladi:

- qo'shimcha ton I-tondan oldin presistolik galop ritmi
- qo'shimcha ton diastola boshida II-tondan so'ng
- prediastolik gallop ritmi

Galop ritmi yurak cho'qqisida III-IV qovurg'alar orasida eshitiladi.

Galop ritmining kelib chiqish sababi qorinchalar miokardining o'zgarishi, uning qisqaruvchanligining buzilishi.

Embriokardiya. Yurak juda tez qisqarishi natijasida diastolik pauza sistolik pauzaga yaqin bo'lib qoladi va I ton orasidagi pauza bilan II ton orasidagi pauza deyarli bir xil bo'ladi, ularni bir biridan ajratib bo'lmaydi, mayatniksimonga oxshab qoladi. Bolalarda ayniqsa chaqaloqlarda ham yurak tez urishi tufayli pauzani ajratib bo'lmaydi (embriokardiya). Bu kabi o'zgarishlar yurak tez qisqarishida, tireotoksikozda, tana harorati ko'tarilishida, gipertoniya, o'tkir yurak yetishmovchiligi, paroksimal taxikardiya va boshqalarda kuzatiladi. Diastolik pauza kichrayishi hisobiga qorincha qonga yaxshi to'lmaydi va I ton kuchli eshitiladi.

Yurak shovqinlari –auskultatsiyada tonlardan tashqari yurak shovqinlari ham eshitiladi. Shovqinlar yurak ichida intrakardial va tashqarisida ekstrakardial bo'ladi. Intrakardial shovqinlar funktsional va organik shovqinlarga bo'linadi. Yurak klapanining anatomik o'zgarishidan organik shovqinlarni hosil qiladi. Qon oqimining tezlashuvi yoki hajmi oshishi va uning qovushqoqligini pasayishi hisobiga funktsional shovqinlar hosil bo'ladi. Intrakardial shovqinlar mexanizmi quydagicha: klapan paychalarining bir biri bilan mustahkam yopilmasligi va klapan teshigining (meyorda 4-6 sm²) torayishi yani stenozda klapan paychalari qisqarib qoladi hamda nisbiy etishmovchiliklar ham sabab bo'ladi. Klapan iplari masofasining o'zgarishi yoki klapanlar tortilishi bo'lmacha qorincha o'rtasida to'liq yopilmasligi natijasida qonning ma'lum bir hajmi regurgitatsiyaga uchraydi va shovqin hosil bo'ladi. Shovqin hosil bo'lishiga ko'ra sistolik va diastolik xarakterda ega bo'ladi.

Shovqinlarning bir biridan farqi

Morfologik o'zgarishlar	Sistolik shovqin	Diastolik shovqin
Mitral klapan etishmovchiligi	+	-
Mitral teshik stenoz	-	+
Uch tabaqali klapan etishmovchiligi	+	-
Uch tabaqali teshik stenoz	-	+
Aortal klapan etishmovchiligi	-	+
Aortal teshik stenoz	+	-
Pulmonal klapan etishmovchiligi	-	+
Pulmonal teshik stenoz	+	-

Intrakardial shovqinlar qon yo'nalishi bo'ylab irradiatsiya qilinadi. Misol uchun aortal stenozda hosil bo'ladigan shovqin o'trov osti va tashqi uyqu arteriyalariga uzatiladi, aortal klapan etishmovchiligida hosil bo'ladigan shovqinlar Botkin –Erb nuqtasida yaxshi eshitiladi.

Funktsional va organik shovqinlarni bir biridan farqi

Shovqin xususiyati	Funktsional shovqin	Organik shovqin
Ko'pincha sistolik shovqin	+	Sistolik, diastolik
Shovqin doimiy emas, tana holati o'zgarsa yoqolishi mumkin	Yo'qoladi	kuchayadi
Ko'pincha o'pka sitvolida va kamroq yurak uchida eshitiladi	eshitiladi	eshitilmaydi
Shovqin qisqa, yumshoq,	+	-
Shovqinlar cheklangan sohada eshitiladi, qayerda hosil bo'lsa shu yerda eshitiladi, irradiatsiya yo'q	+	-
Miokardda o'zgarish olib keladi	Qipertrofiya yo'q	Gipertrofiya bor

Funktsional shovqinlarni nisbiy shovqinlardan farqlash kerak. Nisbiy shovqinlar klapanlarda o'zgarish bo'lmay sodir bo'ladi yani qorinchalar gipertrofiyasida (hajmi kattalashsa) mitral klapan kengayadi, uning sistolasida qon bo'lmachaga o'tadi va sistolik shovqin hosil qiladi. Aorta va o'pka sitvoli teshigining kengayishida hosil bo'ladigan diastolik shovqinni ham shu toifadagi shovqinga kiritiladi. Bu shovqinni **Stillning diastolik shovqini deb ataladi.**

Auskultatsiyada quydagilar aniqlanadi:

1. Shovqinning yurak qaysi fazasiga to'g'ri kelishi.
2. Shovqin xarakteri, kuchi, davomiyligi
3. Shovqin lokalizatsiyasi va qayerda eshitilishi
4. Irradatsiyasi

Uch xil diastolik shovqin farqlanadi :

Protodiastolik- diastoladan oldin II-tondan so'ng, mezodiastolik- II-tondan so'ng diastola o'rtasida, presistolik- diastola oxiri sistola boshida eshitiladi.

Shovqin hosil bo'lishida boshqa faktorlar ham ishtirok etadi. Bular: qon qancha tez tushsa, shovqin kuchli yoki aksincha, bazi bir holatlarda yurak shovqinlari perikardga yoki plevraga tegishlidir-ekstrakardial shovqinlar.

Umumiy xarakteristika. Shovqinlar hosil bo'ladigan proektsiyan yurakning boshqa nuqtasiga ham tarqaladi. Hosil bo'lgan oddiy shovqinlar qon oqimi bo'ylab tarqaldi. Masalan aortal stenozda hosil bo'ladigan sistolik shovqin, o'mrov osti arteriyasida, tashqi uyqu arteriyasiga eshitiladi. Yurak yetishmovchiligida, aorta klapanida hosil bo'lgan diastolik shovqin o'ng tomonda aorta proektsiyasidan tashqari (II-qovurg'a oralig'idan) tashqari chap tarafda III-qovurg'a sohasi (Botkin-Erb nuqtasi) da eshitiladi. **Ekstrakardial shovqinlar** - perikardning ishqalanish shovqini perikardni yallig'lanishlarida parietal va vistseral plevra varaqasida fibrin cho'ksa paydo bo'ladi. Bazanda miokard infarkti tufayli hosil bo'ladigan anevrizm natijasida ham diastola vaqtida bu shovqin eshitiladi. Plevraperikardial shovqin – bu shovqin qachonki perikard bilan birga shu sohadagi plevra varaqasining yallig'lanishi birgalikda kelsa yuzaga keladi.

Yurak qon tomir kasalliklarini qo'shimcha tekshirish usullari

EKG tekshirish usuli xuruj vaqtida qilinadi, xuruj bo'lmaganda kuchlanish berib qilinadi (miokard infarktidan tashqari);

- a) Step-test (master probasi) 2 ta zinapoyadan foydalaniladi (zinapoya balandligi 22,5 sm bo'lishi kerak);
- b) Veloergometriya-bosqichli fizik zo'riqish usuli qo'llanilib, paralel ravishda EKG qilinadi;
- c) Tredmil probasi-yugurish yo'lagi, bunda qiyalik burchagi o'zgarib turadi;
- d) Xalter bo'yicha EKG ni sutkalik monitorlash;
- e) Qizilo'ngachni elektr stimullash;
- f) EXOKG-stress test bilan birga;
- g) Koronarografiya-oltin standart hisoblanadi;

Normal EKG tishchalari, intervallari va segmentlari to'g'risida umumiy ma'lumot.

EKG olish texnikasi:

- Bemor belgacha yechinib, oyoq va qo'llarini tizza va tirsakgacha shimarib kushetkada yotadi.
- Elektrokardiografni yoqib, uning ishga yaroqli ekanligi va zaryadi yoki rozetkada tok borligi, shuningdek, yozishdan oldin EKG qog'oz tasmasi tekshiriladi. EKG apparati 5 minut davomida isitiladi.
- Elektrodlar qo'yiladigan joy toza qilib spirt bilan artiladi, maxsus EKG geli surtiladi yoki osh tuzi bilan namlangan marlili salfetka qo'yiladi.
- Muchaklarga elektrodlar quyidagi ketma-ketlikda o'rnatiladi: o'ng qo'lga qizil rangli, chap qo'lga sariq rangli, chap oyoqqa yashil rangli va o'ng oyoqqa qora elektrodlar ulanadi.
- Ko'krak elektrodleri qo'yiladigan sohalarga gel surtiladi yoki osh tuzi eritmasi bilan namlanadi va ko'krak elektrodleri o'rnatiladi.



a)



b)

a) standart ulanishlar;

b) ko'krak ulanishlari;

V1- qizil rangli elektrod- to'sh suyagining o'ng qirrasi bo'ylab IV qovurg'a oralig'ida o'rnatiladi;

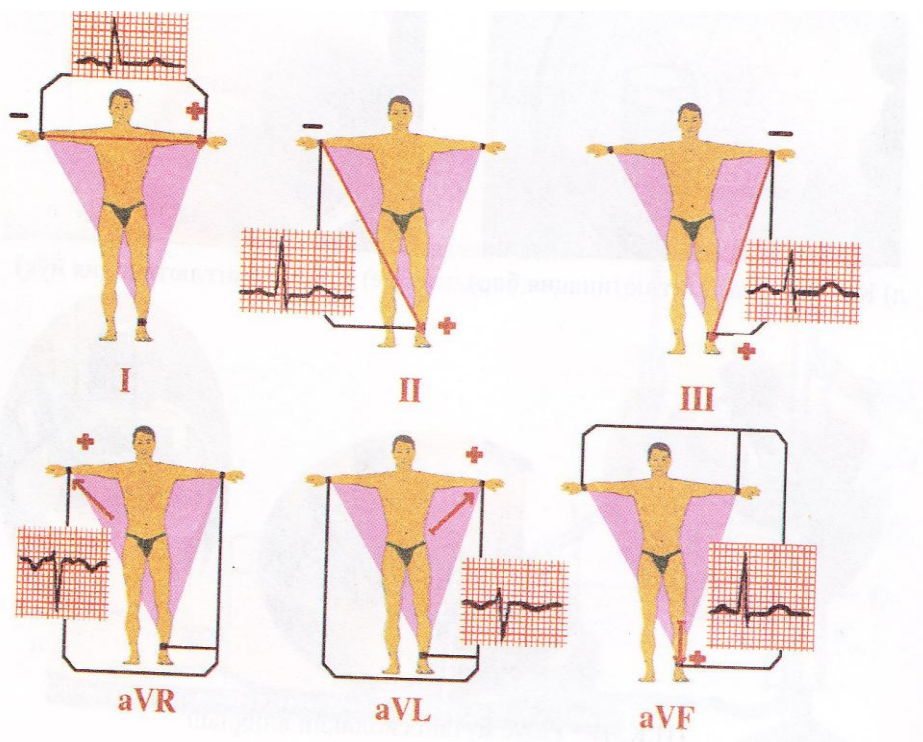
V2- sariq rangli elektrod- to'sh suyagining chap qirrasi bo'ylab IV qovurg'a oralig'i da o'rnatiladi.

V3- yashil rangli elektrod V2 va V4 elektrodlar o'rtasida o'rnatiladi;

V4- jigarrang elektrod- chap o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab V qovurg'a oralig'ida o'rnatiladi;

V5- qora rangli elektrod- chap tomondan oldingi qo'ltik osti chizig'i bo'ylab V qovurg'a oralig'i o'rnatiladi;

V6- binafsharang elektrod- chap tomondan o'rta qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab V qovurg'a oralig'ida o'rnatiladi;



Standart va bir tarmoqli kuchaytirilgan ulanishlar

EKG olishda qog'oz tasmani standart tezlik 25 mm/sek (1 mm/0.02sek) tashkil qiladi, 50 mm/sek esa 1 mm 0.04sek ni tashkil qiladi. EKGda yurak mushaklari qisqarishi natijalari qayd qilinib, meyorda 3 ta musbat va 2 ta manfiy tishcha qayd qilinadi, hamda bazan U musbat tish qayd qilinadi.

Sog'lom odam elektrokardiografiyasining o'lchov birliklari

EKGda qayd qilinadigan yurak qismlari	Yurakning qisqarish fazasi	EKG tishchalarining balandligi mm.da	Davomiyligi sek. da
P	Bo'lmachalar sistolasi	0.5 – 2.5	0.06 – 0.1
P ning ketidan P-Q	-----	-----	0.06 - 0.08
P ning boshidan P-Q	Sinusdan Ashof-Tovar tugunigacha o'tkazuvchanlik	-----	0.12 – 0.18
Q	-----	0 – 2	0.03
R	O'ng va chap qorincha qisqarishi	5 – 15	0.03-0.06
S	-----	0 – 3	0.02 - 0.04
QRS	-----	-----	0.06 – 0.08
S-T	-----	-----	0.1 – 0.16

T	-----	2 – 6	0.1 – 0.25
QRST	Qorinchalar sistolasi	-----	0.32 – 0.35
T-P	Yurak pauzasi	-----	0.27 – 0.32
T-Q	Qorinchalar diastolasi	-----	0.42 – 0.46

Qorinchalar sistolasining davomiyligi, yurak ritmining soniga bog'liq.

Ko'rsatilgan raqamlar yurakning o'rtacha tezligiga keltirilgan.

EKGdagi asosiy tishchalar EKG dagi uncha katta bo'lmagan P tishcha bo'lib u bo'lmachalar depolyarizatsiyasi va qo'zg'alishni aks etadi. Balandligi 0,05-2,5 mm davomiyligi 0,07 – 0,1 sek bu tishcha II standart ulanishda yaqqol ko'rinadi. P tishchaning ko'tariluvchi qismi o'ng va tushuvchi qismi chap bo'lmacha qisqarishidir. PQ interval bo'lmacha-qorinchalar aro to'siq o'tkazuvchanligini aks ettiradi. Uni P tishchadan Q tishgacha bo'lgan oraliqda o'lchanadi. Davomiyligi 0.12-0.2 sek . Q tishcha QRS kompleksdagi 1-manfiy tishcha, ko'pgina ulanish II-III ulanishlarda chuqurligi meyorda o'zidan keyingi R tishning ¼ qismidan yoki 3 mmdan oshmaydi. Kengligi 0,03 sek AVL, AVF ulanishlarda uning chuqurligi 4 mm ko'krak ulanishlarda 3 mm AVR ulanishlarda Q tishcha juda chuqur 8 mmgacha bo'ladi. R tishcha qorincha kompleksdagi asosiy musbat tishcha bo'lib, AVRda manfiy bo'lishi mumkin. Yurakning normal elektr o'qida uning balandligi II-standard ulanishda eng yuqori bo'ladi. Ko'krak ulanishlarida R tishcha amplitudasi V1 dan kattalashib boradi V4 ulanishda yuqori keyinchalik V5, V6 ulanishlarda R tishcha amplitudasi kamayib boradi. Uning amplitudasi 5-15 mm atrofida bo'ladi. Davomiyligi 0,03s dan 0,06 s gacha. R tishchaning ko'tariluvchi qismi o'ng va tushuvchi qismi chap qorincha qisqarishidir. S tishcha manfiy tishcha bo'lib, R tishdan keyin keladi. Barcha ulanishlarda uning bo'lishi ahamiyatsiz. Normada standart ulanishda uning chuqurligi 5mm dan ortmaydi. Ko'krak ulanishlarda S tishcha chuqurroq va ko'krak ulanishlarda 25 mm. QRS kompleksi P tishchadan keyin kelib qorinchalarning depolyarizatsiya va qo'zg'alishni aks ettiradi va qorincha kompeksi deyiladi. Kompleks davomiyligi 0,06-0,1 sek o'rtacha voltaj 5 mmdan 20 mmgacha. Agar hech qaysi ulanishlar va voltaj 5 mmdan oshmasa EKG ning past voltajli ekanligini bildiradi. T-tishcha musbat tishlardan bo'lib hisoblanadi, faqatgina AVR ulanishda manfiy qayd etiladi. U qorinchalar repolyarizatsiyasini aks ettiradi ya'ni qo'zg'alishdan tinchlik holatiga o'tishni ko'rsatadi. Amplitudasi normada 2-6 mm davomiyligi 0.02 sek I-II ulanishlarda T tishcha musbat, III-AVF da ulanishlarda manfiy bo'lishi mumkin. U tishcha ba'zan T tishidan keyin musbat U tishcha keladi. O'tkazuvchi sistemaning repolyarizatsiyasi bilan bog'liq. Diagnostik jihatdan ahamiyati katta ST interval qorinchalarning sekin repolyarizatsiya fazasi aks etiradi. Normada izoliniya chizig'ida deyarli joylashadi va biroz yuqoriga yo'naladi. Pastga 0,5 mm va yuqoriga 1 mm ko'tarilishi mumkin. O'ng ko'krak ulanishlarida ST segment yuqoriga 1-2 mm chap ko'krak ulanishlarda yuqoriga 1 mm pastga 0,5 mm keladi. Q-T interval QRS kompleksdan Q tishgacha o'lchanadi. O'lchash qiyin II standart ulanishlarda nisbatdan oson. QT interval davomiyligi yurak qisqarish soni (YQS) – bilan bog'liq. YQS yuqori bo'lsa QT interval qisqa ritm 60-80 minutiga bo'lganda QT davomiyligi erkaklarda 0,32-0,38 ayollarda 0,35-0,40 sekund ga teng. RR interval bir yurak siklini davomiyligini aks etiradi. Davomiyligi ritm chastotasiga bog'liq. QRS komplekslari yurak qisqarishlari chastotasiga bog'liq. Yurak ritmi qancha ko'p bo'lsa interval shuncha qisqa. Yurak qisqarish sonini 1 minutda aniqlash uchun, EKG qog'oz tasmasini 1 minutdagi yozish tezligi (50 m/s) 60 sek. ko'paytirilib, R-R orasidagi kichik kataklar soniga bo'linadi (m; $R-R=40$ va 1 min YQS kelib chiqadi. $YQS = \frac{50 \times 60}{40} = \frac{3000}{40} = 75$).

Yurak elektr o'qidan og'ish sabablari

- yurak elektr o'qidan joylashuvi ba'zan yurakga aloqador bo'lmagan sabablarga ham bog'liq bo'ladi;
- diafragmasi yuqori joylashgan odamlarda, gipersteniklarda, yurak elektr o'qi (YuEO') gorizontal holatda ba'zan chap yo'nalishda;
- oriq va baland bo'yli kishilarda YuEO' vertikal joylashadi ba'zan o'ng yo'nalishda;
- YuEO' potologik holatlar bilan ham bog'liq. Miokard massasi ortishi natijasida qorinchalar gipertrofiyasi YuEO' gipertrofiyaga uchragan qorincha tomonga siljiydi.

Yo'nalashlar miokard infarkti lokalizatsiyasida muhim:

[aVL V4-V6 – chap qorincha yon devori.

[aVL, V1-V3 yurakning old devori va yurak chegarasi

V4 yurak choʻqqisi

[I,III. aVF, I aVL, V4-V6 – chap qorinchaning pastki yonbosh devori.

Elektro kardiografiyaning klinik ahamiyati:

Boʻlmachalarning kattalashuvi P tishcha va qorinchalar miokardi gipertrafiyasida R tishcha amplitudasida oʻzgarish boʻladi. Chap qorincha kattalashishi I, II yoʻnalishda. I qorincha gipertrafiyasi EKG da quyidagi oʻzgarishlarga olib keladi.

- I. elektr oʻqi yoʻnalishi oʻzgaradi: chap qorincha gipertrofiyasida chapga siljiydi, oʻngida-oʻnga.
- II. qorinchalar qoʻzgʻalish vaqti ortadi.
- III. Miokard qayta tiklanishi buziladi.
- IV. Chap qorincha gipertrofiyasida S tishi amplitudasi V5-V6 da kattalashadi. Oʻng yoʻnalishda R tishi amplitudasi ortadi, chap yoʻnalishda oʻng qorincha gipertrofiyasida baland R tish paydo boʻladi, chapda chuqur S tish.

Revmatizm tushunchasi, etiologiyasi, asosiy klinik koʻrinishlari, diagnostikasi. Asosiy va koʻshimcha simptomlari

Oʻtkir revmatik isitma yoki revmatizm – biriktiruvchi toʻqimaning yalligʻlanish bilan kechuvchi sistemali kasalliklardan hisoblanadi. Toʻqimalarning autoimmun kasalligi boʻlib, boʻgʻimlar va asosan yurak shikastlanadi. Uni A guruhidagi β -gemolitik streptokokk chaqiradi va nasliy moyilligi boʻlgan kishilarda yurak qon-tomir tizimi hamda boʻgʻimlarning shikastlanishi bilan namoyon boʻladi. Koʻpincha 7 yoshdan 20 yoshgacha boʻlgan bolalar (koʻproq qizlar) va oʻsmirlar angina, faringit, skarlatina, gaymarit kabi surunkali infeksiyalardan soʻng 2-4 hafta oʻtgandan keyin kasallanadilar. Irsiy moyillik ham ahamiyatga ega. Revmatizm soʻzi grekcha soʻzdan olingan boʻlib, rew-oqaman, rhevmatismus-oqib oʻtaman degan manoni anglatadi. Kasallangan bemorlarda bosh miya ham zararlanadi. Buyo (1840 y) va Sokolskiy boʻgʻimlar va yurak zararlanishi, Botkin ham bu kasallikda ishki azolar zararlanishi toʻgʻrisida aytib oʻtgan.

Soʻngi yillarda «revmatizm» atamasini «oʻtkir revmatik isitma» bilan almashtirilganligi, u oʻtkir yalligʻlanish jarayon ekanligi va streptokokk infeksiyasi (angina, faringit, qizilcha) yuqtirgandan keyin boshlanishi hamda asoratlar bilan kechishi orqali tushuntiriladi.

Etiologiya va patogenyezi.

1. infeksiyalar tufayli kelib chiqishi (Nesterov A.I.).
2. Viruslar nazariyasi (Lyutembashi).
3. Infeksiyon allergik nazariya (Kling).

Revmatizmni rivojlanish mexanizmi asosida A guruhidagi β -gemolitik streptokokk yotadi. Streptokokk infeksiyasi yurakka toʻgʻridan-toʻgʻri toksik taʼsir koʻrsatib mavjud meyoriy autoimmun jarayonni buzadi va patologik mexanizmlarni vujudga keltiradi. Bunda avval biriktiruvchi toʻqima hujayralari hamda yurakning xususiy toʻqimalariga qarshi antitela ishlab chiqariladi. Bu jarayon aksariyat hollarda bemorning revmatik isitmaga irsiy jihatdan moyilligi boʻlganda kuzatiladi.

Omillar; 1. Jinsi (ayol);

2. yoshi (7-15).

3. genetik moyillik (Ota-ona oʻtmishida kasallangan boʻlsa 100%);

4. alimantar (tuxum istemol qiluvchilarda kam uchraydi) va sotsial omillar;

5. geografik muhit (Puertorikansliklar kasallanmaydi).

Patomorfologiyasi; 1. Mukoid boʻkish biriktiruvchi toʻqimaning yuzaki shikastlanishi yuzaga kelib, davolasa qaytar jarayon hisoblanadi. 2. Fibrinoid boʻkish bosqichida biriktiruvchi toʻqimalarda chuqur oʻzgarishlar yuzaga keladi va bu jarayon qaytmas hisoblanadi. 3. Granulematoz Ashof Talalaev granulyomalari, revmatik tugunchalar hosil boʻladi, ularning tarkibi limfoid, bazal hujayralar, kardiogistiotsitlardan tashkil topgan. Revmatik granulyomalar koʻpincha miokardda, endokardda, boʻgʻimlarda kuzatiladi. 4. Skleroz fazasida fibrinoidli oʻzgarishlar oʻrniga chandiqlar hosil boʻladi. Har bir fazasi maksimum 2 oygacha davom etadi.

Klinik manzarasi. Kasallikning quyidagi klinik shakllari farqlanadi:

- Oʻtkir revmatik isitma; - Qaytalama revmatik isitma.

Kasallik quyidagi asosiy va qoʻshimcha klinik belgilar bilan namoyon boʻladi.

- Asosiy: kardit, artrit, xoreya, halqasimon eritema, revmatik tugunchalar;
- Qoʻshimcha: isitmalash, artralgiya, abdominal sindrom, serozitlar.

Oqibati: sog'ayib ketish yoki yurakning surunkali revmatik kasalligi.

Revmatizmning klinik ko'rinishi turli xil bo'lib, u a'zolarida biriktiruvchi to'qimada yallig'lanish bilan kechuvchi o'zgarishlarning joylashishiga va jarayonning o'tkirlik darajasiga bog'liq. Tipik hollarda revmatik isitmaning birlamchi xuruj streptokokk infeksiyasi yuqtirilgandan keyin 2-3 hafta o'tgach boshlanadi. To'satdan yoki asta-sekin umumiy darmonsizlik, tana haroratining 37° gacha oshishi yoki uning tezda 38-39° gacha ko'tarilishi kuzatiladi. Revmatizmda haroratning ko'tarilishi odatda qaltirash va terlash bilan birga kechadi. Poliartrit (bo'g'imlarning yallig'lanishi) belgilari yuzaga keladi. Bunda bo'g'imlarda shish, ularning qizarishi, tinch holatda va harakatda og'riq paydo bo'ladi. Revmatizmda yirik – tizza, boldir tovon, tirsak va yelka bo'g'imlari zararlanadi. Revmatik poliartrit uchun bo'g'imlar zararlanishining simmetrikligi (bir vaqtning o'zida tizza yoki boldir, tovon bo'g'imlari), ketma-ketlik va og'riqlarning ko'chib yuruvchi (yallig'lanish tezda bir bo'g'imdan ikkinchisiga o'tishi) xarakteri xos. Odatda bo'g'imlardagi yallig'lanish jarayonlari bir necha kundan so'ng to'liq orqaga qaytadi va deformatsiyalar kuzatilmaydi. Aksariyat hollarda revmatizmda harorat 2-5 kun davomida ko'tariladi va artritis belgilari yo'qolgandan so'ng meyorlashadi. Ba'zan kasallikning ilk davrlarida tana qismlarida turg'un bo'lmagan pushti rangli – halqasimon eritema shaklidagi toshmalar paydo bo'ladi va ular ma'lum vaqtdan so'ng iz qoldirmasdan yo'qoladi. Revmatizm uchun xos bo'lgan, ammo kam uchraydigan belgilardan biri teri osti revmatik tugunlari hisoblanadi. Uning o'lchami bug'doydan no'xat kattaligigacha bo'lib, qattiq hamda og'riqsiz, odatda zararlangan bo'g'imlar yuzasida va ensa sohasida joylashadi.

Revmatizmning asosiy klinik namoyon bo'lishi ya'ni yurak shikastlanishi (kardit), kasallikning kechishi va revmatik isitmalashning oqibatiga bog'liq. Yurak zararlanishining belgilari kasallik xurujidan keyin 1-3 hafta o'tgandan so'ng paydo bo'ladi. Bemorlar yurak urishi va to'xtab qolish sezgisiga, yurak tepishi, yurak sohasida og'irlik yoki og'riq, biroz jismoniy zo'riqishdan keyingi hansirashga shikoyat qiladilar.

Bemorlarni ob'yektiv ko'zdan kechirganda yuz, bo'yin, ko'krak va qorin terisida halqasimon eritemali toshmalarni, tugunchali eritema asosan oyoqlarda va teri osti revmatik tugunlarni ko'rishimiz mumkin. Kapilyarlar o'tkazuvchanligi ortishi munosabati bilan terida kichik qon quyilishlarni ko'rish mumkin. Yurak o'lchamlarining kattalashganligi tufayli yurak cho'qqi turtkisini maydonini kengayganligi yani chapga, yuqoriga siljiganligini ko'rish mumkin. Palpatsiyada sistolik va diastolik mushuk xirillashi simptomini aniqlash mumkin. Perkussiyada yurakning nisbiy to'mtoqlik chegarasini chapga yuqoriga siljiganligi aniqlash mumkin. Auskultatsiyada tonlarning (ayniqsa birinchi) susayganligi, miokard kuchli shikastlanganda galop ritmi (I va II ton susayib III yoki IV ton kuchayishi, asosiy tonlar bilan III ritmli ton yani gallop ritmini hosil qiladi) aniqlanadi. Yurak cho'qqisida chap bo'lmacha – qorincha (mitral) qopqoqchalarning nisbiy yetishmovchiligi yoki papillyar mushaklarning shikastlanishi bilan bog'liq bo'lgan yumshoq sistolik shovqin eshitiladi. Puls kichik, yumshoq, ko'pincha taxikardiya va aritmiya kuzatiladi. Qon bosimi odatda past. Og'ir diffuz miokarditda tezda qon aylanishi yetishmovchiligi belgilari, kasallik oqibati yaxshi bo'lganda esa miokarditik kardioskleroz rivojlanadi.

Revmatizm miokardning zararlanishi odatda endokardit (revmokardit) bilan qo'shilib keladi va kasallik boshlanishida miokardit belgilari ustunlik qiladi. Keyinchalik yurak nuqsonlarining shakllanishi endokard zararlanganligidan dalolat beradi. Kasallikning erta bosqichlarida endokardit qo'shilganda, auskultatsiyada jismoniy zo'riqishda jarangdorligi oshib boruvchi, dag'al sistolik shovqin eshitiladi va ba'zan u musiqali tus oladi. Ba'zida diastolik shovqin paydo bo'lib, u qopqoqcha tabaqalariga tromblar o'tirib qolishi bilan bog'liq. Bo'lmachadan qorinchaga qon aylanma harakati ushbu shovqinning kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Qopqoqchalardagi tromblarning uzilishi turli a'zolarida tromboemboliya manbai bo'lishi mumkin. Bu buyrak, taloq va qator boshqa a'zolarida infarktlar yuzaga kelishiga olib keladi. Revmatik endokarditda ko'p hollarda mitral va aortal, kamroq uch tabaqali qopqoqchalar zararlanadi.

Revmatizm og'ir kechib miokard va endokard shikastlanganda perikard zararlanishi ham qo'shiladi va yallig'lanish jarayoni yurakning barcha qavatini (pankardit) egallaydi. Perikardit quruq yoki eksudatli bo'lishi mumkin.

Revmatik xoreya – asab tizimining shikastlanishi bilan namoyon bo'ladi va ko'proq bolalarda kuzatiladi. Ularda yuz mushaklari tartibsiz qisqarishi va oyoqlarning g'ayriixtiyoriy harakatlari, iboralarning tushunarsizligi, dastxatning buzilishi, ovqatlanganda qoshiqlarni ushlab tura olmaslik kabi o'zgarishlar paydo bo'ladi. Odatda bemorlar uxlaganda bu belgilar to'liq yo'qoladi. Revmatizm xoreya ko'p hollarda 2-3 oy davom etadi. Yuqoridagilardan tashqari ushbu xastalikda shilliq qavatlar, teri, o'pka, buyrak, jigar va qator boshqa a'zolar ham zararlanadi.

EKGda aksariyat hollarda yurak o'tkazuvchanligini buzilishi – ko'proq atrioventrikulyar blokadaning I-II darajasi, ekstrasistoliyalar va boshqa ritm buzilishlari aniqlanadi. Ayrim hollarda EKG tishchalari voltaji pasayadi. Yurak mushaklari trofikasi buzilishi sababli T tishchaning o'zgarishi va S-T segmentining o'rta chiziqdan pasayishi qayd etiladi. Yurakda nuqson rivojlansa mushaklarda gipertrofiya ko'rishimiz mumkin. Rentgenologik tekshiruv olib borilganda yurakda gipertrofiya yuzaga kelganligi munosabati bilan yurak soyasini kengayganligini ko'rishimiz mumkin.

Laborator tekshirishlar. Revmatizmni tashxislashda bir qator qo'shimcha tekshirish usullaridan foydalaniladi. Uning o'tkir fazasida leykotsitoz bilan bir qatorda uning formulasining chapga siljishi xarakterli. Keyinchalik eozinofiliya, mono- va limfotsitoz hamda EChT oshishi (og'ir hollarda 50-70 mm/s) kuzatiladi. Disproteinemiya kuzatilib albuminlar miqdorining (50% dan kam) kamayishi va globulinlarning oshishi va uning natijasida albumin-globulin koeffitsientining birdan pasayishi aniqlanadi. Proteinogrammada α_2 -globulin va γ -globulin fraktsiyalarining va fibrinogen tarkibini 0,6-1,0% gacha oshishi (meyorda 0,4% gacha) qayd etiladi. Qonda sog'lom kishilarda aniqlanmaydigan S-reaktiv oqsil paydo bo'ladi; mukoprotein miqdori oshadi. Antistreptolizin, antigialuronidaza va antistreptokinaza titrlari meyoridan ko'tariladi.

Kechishi. Revmatik jarayon faolligining davomiyligi 3-6 oy, ba'zan undan ko'proq kechishi mumkin. Kasallikning kechish xususiyatiga ko'ra revmatik jarayon faolligi quyidagi 3 darajaga bo'linadi: maksimal (o'tkir) yoki uzluksiz qaytalanuvchi; o'rtacha faol, yoki o'tkir osti; minimal faollik bilan, sust kechuvchi yoki latent. Bemorda klinik va laborator tekshirishda yallig'lanish belgilari aniqlanmasa, revmatizmning faol bo'lmagan fazasi to'g'risida so'z yuritiladi.

Revmatizm uchun aksariyat hollarda kasallikning qaytalanishlar (qayta xurujlar) bilan kechishi xos bo'lib, ko'p hollarda xurujlar infeksiyalar ta'sirida sovuqotishda va jismoniy zo'riqishda, namlikda paydo bo'ladi. Qaytalanishning klinik namoyon bo'lishi qayta xurujlarni eslatadi, lekin bemorda yurak zararlanishi belgilari ustunlik qiladi.

Davolash. Etiotrop, patogenetik, simptomatik, umumiy quvvatlovchi davo choralari ko'riladi. Revmatizmning faol davrida bemorlarni davolash shifoxona sharoitida yotoq tartibiga rioya qilgan holda olib boriladi. Bemorlarga giposensibilizatsiyalovchi, yallig'lanishga qarshi ta'sir etuvchi (kortikosteroid garmonlar (prednizolon, gidrokartizon, polkartolon, dexametazon), nosteroid yallig'lanishga qarshi dori (diklofenak natriy, dikloberl, voltaren, indometatsin, loksidol, klodifen, oksiten) vositalar, aminoxinolin guruhi preparatlari – delagil, plakvenil) tavsiya etiladi. O'choqli infeksiyalar mavjud bo'lganda antibiotiklar (penitsillin, eritromitsin va ayniqsa bitsilinoterapiya yaxshi samara beradi) buyuriladi va ulardagi surunkali infektsiya o'choqlarini sanatsiyasi o'tkaziladi (tishdagi kariyes, tonzillit, gaymarit), vitaminoterapiya o'tkaziladi. Kasallik asoratlangan bo'lsa asoratlari davolanadi.

Profilaktikasi. Revmatizmning profilaktikasi organizmni chiniqtirish, yashash sharoitlarini yaxshilash, ishlab chiqarishda sanitariya-gigiyena va mehnat tartibiga rioya qilish hamda streptokokkli infeksiyalarga qarshi kurashishdan iborat. Xurujlarni oldini olish maqsadida bahor va kuzda yoki yil davomida oyida bir marta bitsilin (ekstentsillin) in'yektsiya qilinadi. Bahor va kuz oylarida nospetsifik yallig'lanishga qarshi dorilar buyuriladi.

Tashxis mezonlari.

- 1 Asosiy: Kardit, poliartrit, xoreya, revmatik halqalar, halqasimon eritema, revmatik anemiya va h.k.
2. Yordamchi: a). maxsus-leykotsitoz, EChT oshishi, ASK, ASG, ASL, OS va b.q.
b). Umumiy-artralgiya, isitma, terining rangpar bo'lishi.

Nazorat savollari .

Yurak kasalligiga chalingan bemorlarni sub'ektiv tekshirish usullarini ayting;
Yurak kasalligiga chalingan bemorlardan anamnezis morbi yig'ish tartibini ayting;
Yurak kasalligiga chalingan bemorlardan anamnezis vitae yig'ish tartibini ayting;
Yurak kasalligiga chalingan bemorlar ko'zdan kechirish tartibi;
Yurak sohasini paypaslash texnikasini ayting;
Pulsni tekshirish va uning xususiyatlarini ayting;
Yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasini aniqlash tartibini ayting;
Yurak absolyut to'mtoqlik chegarasini aniqlash tartibini ayting;
Tomir tutamini aniqlash tartibini ayting.
Revmatizm, etiologiyasi va patogenezi haqida tushuncha bering;
Revmatizm kasalligida kuzatiladigan patologoanatomik o'zgarishlarni ayting;

Revmatizmning klinikasi, tekshirish usullarini ayting;

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.
2. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.
3. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b
4. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b
5. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b
6. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b
7. U.B. Sharopov, F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b
8. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 532 b
9. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
10. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
11. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
12. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y

Qo'shimcha adabiyotlar

13. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laborotornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
14. Y.P. Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b
15. M.T. Abramova Gematologicheskii atlas M. Meditsina 1979 y. 320 b
16. A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnoz vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b
17. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988 y. v dvux tomax. 973 b
18. Vuddi M i A. Uedan."Praktika". Terapevticheskii spravochnik Vashingitonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
19. AbuAli Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
20. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
21. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
22. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D. , Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
23. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
24. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru,
www.cardiosite.ru, www.consilium-medicum.ru.

Tug'ma va orttirilgan yurak nuqsonlari diagnostikasi: mitral va aortal yurak nuqsonlari. Yurak mitral klapan parogi (etishmovchilik va mitral klapan stenozi), gemodinamika, etiologiya, fizikal ma'lumotlar, diagnostika (EKG, FKG, EXOKG)

Tayanch atamalar: mitral qopqoq, aortal qopqoq, qopqoqlar stenozi, qopqoqlar etishmovchiligi, chap bo'lmacha, chap qorincha, gipertrofiya, tonlarning susayishi, kuchayishi, gipertenziya, sistolik va diastolik shovqin, galop ritmi, bedona ritmi.

Tug'ma yurak nuqsonlariga bo'lmachalar aro to'siq defekti, qorinchalar aro to'siq defekti, ochiq arterial (Batalov) protoki, Fallo tetradasi va pentadasi kiradi.

Ochiq arterial (Batalov) protokida o'pka arteriyasi bilan aorta orasida deffekt bo'lib, doima qon katta qon aylanish doirasidan kichik qon aylanish doirasiga tushib tiradi. Bu yurakka nagruzka berib turadi, ayniqsa chap qismiga. Bemorlar jismoniy zo'riqishni ko'tara olmaydilar, o'sishdan orqada qoladilar. Palpatsiyada yurak

turtki zarbi maydoni kengayib chapga siljiydi. Perkussiyada chap qorincha gipertrofiyasi, kechki bosqichlarida o'pka arteriyasi kengayishi kuzatiladi. Auskultatsiyada sistola va diastola vaqtida shovqin eshitiladi, ayniqsa sistola oxirida yaxshi eshitiladi. Eshitilish joyi II qovurg'a oralig'i to'sh suyagidan chapda. Puls bosimi katta, sistolik bosim baland va diastolik bosim past.

Fallo tetradasi.

Fallo tetradasi tarqalgan yurak tug'ma paroklaridan bo'lib, bolalarda bolalikdan teri qoplamlarini tsianozi bilan kechadi. Fallo tetradasi to'rta komponentdan iborat.

Qorinchalar aro to'siq defekti;

O'pka arteriyasi stenozi;

Aortani dekstra pozitsiyasi;

O'ng qorinchani kompensator gipertrofiyasi;

Bemorlarda doimiy hansirash, doimiy charchash, fizik kuchlanishni ko'tara olmaslik, bosh og'rig'i, ish qobiliyatini susayishi kabi simptomlar bezovta qiladi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda teri va shilliq qavatlar, lablari tsianozi, barmoqlari Gippokrat barmoqlari (baraban tayoqchasimon), fizik rivojlanishidan orqada qolganligini, yurak do'ngligini ko'rishimiz mumkin. Perkussiyada o'ng qorincha gipertrofiyasi aniqlanadi. Auskultatsiyada II-III qovurg'a oralig'ida to'sh suyagidan chapda baland sistolik shovqin eshitiladi. Diagnostikasi EKG, EXOKG dopler bilan, rentgenoskopiya va grafiya yaxshi malumot beradi. Qonning umumiy tahlilida eritrotsitoz, EchT ning ko'tarilishi kuzatiladi. Asorati-o'ng qorincha etishmovchiligi, tromboflebitlar. Davolash xirurgik usul samarali.

Mitral klapan etishmovchiligi (insufficiencia valvae atrioventricularis sinistra).

Ortirilgan yurak paroklari 80% hollarda revmatik endokarditga (ya'ni aytishlaricha o'tkir revmatik lixoradkaga) va 20% holatlarda sepsis, ateroskleroz, sifilis va boshqa sabablarga aloqadordir. 50% holatlarda esa mitral klapan zararlanadi.

Etiologiyasi.

Tug'ma patologiya: klapan bujmayishi, prolaps va b.q.

Yallig'lanish jarayoni: revmatizm, sistemali qizil volchanka, sistemali sklero-dermiya, aorta arteriit.

Degenerativ protseslar: miksomatoz degeneratsiya, Marfanava-Elersa-Danlo sindromi.

Infeksiya: infeksiyali endokardit.

Klapana patologiyasi: xordalar tuzilishi, qon-tomir muskullarining uzilishi va disfunktsiyasi, mitral halqa dilyatatsiyasi, klapanlararo regurgitatsiya (protezlash asorati).

Mitral vaskuloplastika asorati.

Aterosklerotik o'zgarishlar.

Mushaklar koordinatsion funktsiyasini buzilishi.

Miokardit, kardiomiopatiya, kardioskleroz, miokard infarktidan keyin atrioventrikulyar teshik aylana mushaklari va uning fibrozi

Ushbu sabablarga ko'ra mitral klapanlari etishmovchiligi kelib chiqadi. Mitral klapan etishmovchiligi mutloq va nisbiy etishmovchilik bo'lishi mumkin. Mutloq etishmovchiligi organik o'zgarishlar tufayli yuzaga keladi va nisbiy etishmovchiligi miokardning haddan tashqari gipertrofiyasida yani qorinchalarning kengayishi tufayli yuzaga keladi. Kasallikning davom etishi klapan pay iplarining uzilishi, biriktiruvchi to'qimaning rivojlanishi, klapanlarda sklerotik o'zgarishlar paydo bo'lishi bilan bog'liq. Revmatik endokardit, infeksiyali endokardit, diffuz kasalliklarda biriktiruvchi to'qima rivojlanadi. Bunday holat ma'lumki funksional yetishmovchilik tug'ma displaziyasi biriktiruvchi to'qimasi klapan prolapsini chaqiradi (uni to'liq yopilmasligi).

Klapanlarda kechadigan yallig'lanish, ularning sklerozi bilan yakunlanadi va bu o'z navbatida klapanlar defopmatsiyasi va kalta bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Klapanlar kalta bo'lganidan keyin, to'liq yopilmaydi, bu etishmovchilikka olib keladi va gemodinamika buziladi. Mitral klapan yetishmovchiligi organik, nisbiy va funksional bo'ladi. Organik etishmovchiligi ko'pchilik holatlarda revmatizmdan keyin kelib chiqadi va klapanlarda biriktiruvchi to'qima o'sadi, keyinchalik klapan bujmayadi shuning uchun etishmovchilik kelib chiqadi. Nisbiy mitral klapan etishmovchiligi chap qorinch gipertrofiyasida vujudga keladi. Bunda klapan o'zgarmagan bo'ladi lekin, mitral teshik kengaygan bo'ladi. Bu holat miokardit, miokard distrofiyasi, kardioskleroz hamda papilyar mushaklar shikastlanishida kuzatiladi. Funksional etishmovchilik mushak apparatining funktsiyasi buzilishi hisobiga kelib chiqadi va natijada klapan yopilmay qoladi. Ushbu holat mitral

klapan prolapsida ham yuzaga keladi va gemodinamika buzilib, chap qorinchadan qon chap bo'lmachaga tushadi.

Yurakning tug'ma paroklari homila rivojlanish davrida ona qornida yurak va magistral tomirlarni rivojlanishini buzilishi natijasida vujudga keladi yoki homilaning ona qornidagi qon aylanishini tug'ilgandan keyin ham saqlanishi natijasida vujudga keladi. Oxirgi o'z navbatida oval teshik va arterial teshikning ochiq qolishiga olib keladi. Bir bo'shliqli arterial stvolni, o'pka stvoliga va aortaga noto'g'ri bo'linishi, hamda yurakda bo'shliqlarni yuzaga kelishi natijasida bo'lmachalararo va qorinchalararo to'siq defekti yuzaga keladi. Shu jumladan magistral tomirlarni anomal rivojlanishi va ularda stenoz (torayish yuzaga keladi). Ko'pchilik holatlarda tug'ma paroklarda bir vaqtning o'zida katta va kichik qon aylanish doirasi orasi ochiq bo'lib, arterial va venoz qon qo'shiladi shu bilan birga magistral tomirlarda torayish kuzatiladi. Bulardan tashqari tug'ma nuqsonlarda klapanlarning barchasida o'zgarish bo'lib, tug'ma parokka olib kelishi mumkin.

Gemodinamika.

Normada chap bo'lmacha va chap qorincha o'rtasidagi teshikni mitral qopqoqlari bir-biriga tegib yopib turadi. Shuning natijasida chap qorinchadagi qon sistola vaqtida bir tomonga harakatlanadi ya'ni aortaga. Mitral teshik yetishmovchiligining sababi shuki chap bo'lmacha-qorincha o'rtasidagi klapan to'liq yopilmasligi tufayli sistola davridagi qonning bir qismi chap qorinchadan chap bo'lmachaga qaytib chiqadi. Bo'lmachada qon hajmining oshishi natijasida bo'lmacha dilyatatsiyalanadi va gipertrofiyalanadi. Shunga mos holda chap bo'lmachadan qorinchaga tushuvchi qon hajmi ham ortadi. Zo'riqish ortib borishi natijasida chap qorincha dilyatatsiyaga uchraydi va kompensatorli gipertrofiyalanadi. Uzoq davom etuvchi gemodinamika kompensatsiya davri tufayli bemorlarda hech qanday simptom yuzaga chiqmasligi mumkin. Gemodinamikaning bu tipi chap qorinchaning ishi ortishi natijasida kompensatsiyalangan. Porokning ikkinchi davrining rivojlanishi ya'ni dekompensatsiya fazasi-chap qorinchaning oldingi hajmda o'z funksiyasini bajara olmasligi natijasida kelib chiqadi. U yerda oldingiga nisbatan ko'proq hajmda qon yig'iladi.



a)

b)

a) Gemodinamika meyorda;

b) Mitral klapan yetishmovchiligi natijasida qonning chap qorinchadan chap bo'lmachaga o'tishi va gipertrofiyalangan chap qorincha;

Shikoyatlari: Kompensatsiya davrida bemorlar shikoyat qilmaydilar. Dekompensatsiya fazasida chap qorincha yetishmovchiligi belgilari, kichik qon aylanish doirasida dimlanishi. Yengil fizik harakatlar vaqtida hansirash, yo'tal va hatto balg'am bilan ko'pik aralash qon tuflash, bosh og'rig'i, uyquning buzilishi, holsizlik, tez charchash kabi simptomlar bezovta qilib, bemorlar hayot sifatini buzadi.

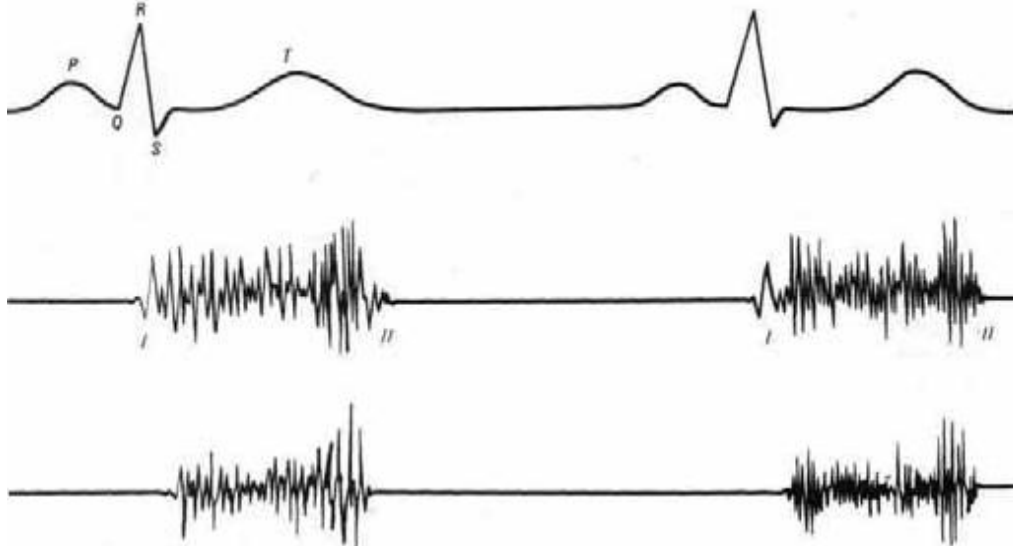
Fizikal tekshirishlar

Ko'zdan-kechirish; Kompensatsiyalangan porokda normadan tashqari o'zgarishlar yo'q. Dekompensatsiyalangan porokda akrosianoz, yonoq sohalarini qizarishi (mitral rumyanes) kuzatiladi. Chap qorinchaning gipertrofiyasi va uni kengayganligi tufayli yurak turtkisi maydonini kengayganligini, yani o'rta o'mrov chizig'idan tashqariga chiqqanligini ko'rishimiz mumkin.

Palpatsiya; chapda yurak cho'qqi zarbi chapga va yuqoriga siljigan, rezistentligi kuchayadi, bu chap qorincha gipertrofiyasi sifatida namoyon bo'ladi. Yurak cho'qqi zarbi kengaygan, kuchaygan va reziztent.

Perkussiya; yurak nisbiy to'rtburchak chegarasining chap qorincha kengayishi hisobiga chap chegarasi chapga siljigan, yuqori chegarasi chap bo'lmacha kengayishi natijasida yuqoriga siljiydi. Yurak belining silliqlashishi (tekislashishi) natijasida yurak mitral konfiguratsiya tus oladi. Dekompensatsiyalangan porokda-nisbiy to'rtburchak chegarasi o'ngga siljiydi (o'ng qorincha gipertrofiyasi)

Auskultatsiya; Mitral klapan yopilmasligi tufayli I ton cho'qqida susaygan, shu erda yurak cho'qqisida sistolik shovqin eshitiladi. Kichik qon aylanish doirasida qonning dimlanishi hisobiga hamda yurak dekompenatsiyasi bosqichida o'pka arteriyasida bosim baland bo'lganligi tufayli II ton aksenti eshitiladi.



Fonokardiografiyada mitral klapan etishmovchiligida I ton amplitudasi pasayganligi va I tondan keyin butun pauzani egallab olgan sistolik shovqin. Fonokardiografiyada o'pka sitvolida II ton amplitudasi baland bo'ladi.

Rengenologik tekshiruvlar; Chap qorincha va chap bo'lmacha kattalashishi hisobiga yurak soyasining chapga, yuqoriga kengayishi kuzatiladi. O'pka gipertenziyasi-o'pka ildizining kengayishi va kuchayishi kuzatiladi. Kichik qon aylanish doirasida qon bosimining oshishi hisobiga o'pka arteriyasi dugasi kengayadi.

EKG. Chap bo'lmacha va qorinchada gipertrofiyasi belgilari, keyin esa o'ng qorincha gipertrofiyasi belgilari ham kuzatiladi. I – II standart ulanishda P tishcha amplitudasi kattalashishi kuzatiladi, shu tufayli EKG chap tip tus oladi.

ExoKG. Rangli Doppler tekshiruvda regurgitatsiya o'tish oqimi, chuqurligi, kengligi aniqlanadi, bu esa yurak yetishmovchiligi bilan ifodalanadi. Shular bilan birga chap qorinch va bo'lmacha bo'shlig'i (hajmi) kengayadi. Mitral klapan har tomonga harakatlanadi, lekin sistola vaqtida to'liq yopilmaydi.

Bu nuqson kompensatsiya holatida uzoq muddat davom etishi mumkin. Ammo chap qorincha va bo'lmacha mushaklarining toliqishi natijasida, ularning qisqarish faoliyati buziladi va kichik qon aylanish doirasida qonning dimlanishi kuzatiladi. Bu holat o'ng qorincha zo'riqish bilan ishlab, mushaklariga ta'sir qiladi va mushaklar toliqadi, qisqarish faoliyati buzilib uning gipertrofiyasiga olib keladi.

FKG – yurak uchidan olingan FKGda I ton amplitudasi pasaygan va I ton va II ton orasida sistolik shovqin registratsiya bo'ladi va bu pauzani to'liq qamrab oladi. O'pka sitvoli ustida II ton amplitudasi baland bo'ladi.

Mitral stenoz

Mitral stenoz (MS)-(stenosis ostii atrioventrikular sinistri) chap bo'lmacha va qorincha o'rtasidagi teshikning torayishidir. Aksariyat holatlarda ateroskleroz, revmatizm, septik endokardit, sifilis tufayli kelib chiqadi. Agar yallig'lanish natijasida klapanlarda shish va o'sish kuzatilsa unda ushbu klapanlar stenozni ya'ni torayishi yuzaga keladi. Bu holatda ham gemodinamika buziladi. Mitral stenoz diastola vaqtida chap bo'lmachadagi qonni chap qorinchaga o'tishining qiyinlashuvi oqibatida yuzaga kelib chiqadi. Normada mitral teshik hajmi 4-6 sm² tashkil etadi, 3 sm² gacha torayish klinik o'zgarishlarsiz kechadi, lekin 2 sm² ga toraygandan so'ng mitral stenoz simptomlari paydo bo'la boshlaydi.

Etiologiyasi:

1. Revmatik endokardit (revmatik lixoradka (50% dan ko'p))
2. Septik endokardit (kam holatlarda)
3. Ateroskleroz, mitral qopqoq teshigining kalsifikatsiyasi
4. Mitral qopqoq teshigi prolapsi

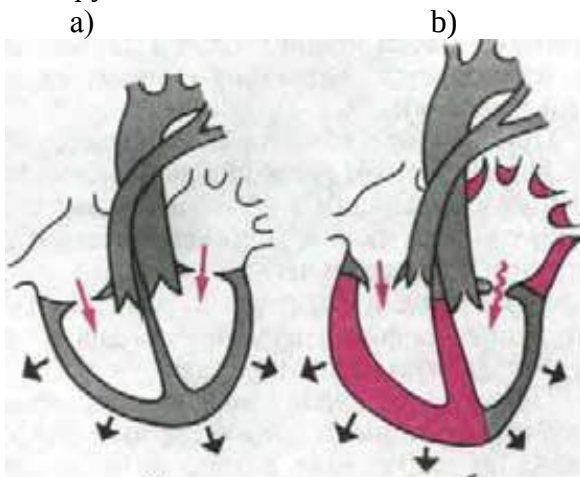
5. Tug'ma forma (Lyutembashe sindromi), ushbu patologiyalarda mitral klapan o'sib, qattiqlashib, qalinlashadi natijada mitral teshik tarayadi. Bu o'zgarishlar natijasida klapan varonkasimon bo'lib qoladi, shuning uchun o'rtasida tirqishli teshik yuzaga keladi.

Kompensator mexanizmlar:

1. Bo'lmacha ichi bosimining oshishi.
2. O'pka arteriyasi gipertenziyasi rivojlanishi (normadagi 25/15 mm. sm. ustning 40/30 mm. sm. ustgacha)
3. Chap qorincha diastola vaqtining uzayishi.

Gemodinamika

Parokning sababi chap bo'lmacha va chap qorincha o'rtasidagi teshikning torayishi hisoblanadi, normada mitral klapan hajmi 4-6 sm² bo'lib, 2,5-2 sm² dan toraysa parok simptomlari yuzaga chiqa boshlaydi. Normada sistola davrida chap bo'lmachadagi 70-80 ml qon chap qorinchaga to'liq tushadi, lekin stenoz natijasida qon to'liq hajmda tusha olmaydi. Qonning bir qismi chap bo'lmachada qolib ketadi. Bundan tashqari u yerga o'pka venasidan ham 70-80 ml qon keladi. Chap bo'lmacha meyordan ko'p qonga to'ladi, kengayadi, natijada u bo'lmacha-qorincha teshigidan qonni o'tkazish uchun zo'riqib ishlaydi, va u kompensatorli dilyatatsiya va keyinchalik gipertrofiyaga uchraydi. Chap bo'lmacha mushaklari holsizlanib, uzoq vaqt kompensatsiya fazasida ishlay olmasligi natijasida dekompensatsiya belgilarining rivojlanishiga olib keladi. Chap bo'lmachada qon bosimining oshishi o'pka venasida qon bosimini yuqori bo'lishiga olib keladi, keyin reflektor o'pka arteriyasida spazm bo'ladi (**Kitaev refleksi**), bu esa o'ng qorinchada zo'riqish paydo bo'lishiga olib keladi, buni bajarish uchun esa u kompensator gipertrofiyaga uchraydi. Agar o'ng qorincha o'z funksiyasini to'liq o'tay olmasa katta qon aylanish doirasi venalarida qon dimlanishiga olib keladi. Uzoq muddat kichik qon aylanish doirasidagi qonning dimlanishi ushbu qon tomirlarini sklerotik o'zgarishlariga olib keladi va bu o'ng qorincha ishlashini qiyinlashtiradi.



- a) Yurak ichi gemodinamikasi meyorda;
- b) Mitral teshik stenozida yurak ichi gemodinamikasi buzilishi va chap bo'lmacha hamda o'ng qorincha gipertrofiyasi;

Shikoyatlari:

Kichik qon aylanish doirasida dimlanish belgilari: fizik harakatlar vaqtida inspirator hansirash, keyinchalik tinch holatda ham bemorlar hansiraydilar, yo'tal, ba'zan ko'piksimon qon aralash balg'am tuflash, yurak tez urishi, yurak sohasi sanchilib og'rishi, nafas etishmovchiligi va hatto bo'g'ilish simptomlari namoyon bo'ladi. Bosh og'rig'i, bosh aylanishi, holsizlik, ish qobiliyatini pasayishi kabi umumiy simptomlar bemorlarda kuzatiladi.

Fizikal tekshirishlar:

Ko'zdan kechirish: mitral triadasi ("kapalak" simptomi, mitral nanizm va facies mitralis), epigastral pulsatsiya, yurak bukriligi (gibbus cardiaca), periferik shishlar bo'lib, bo'yin venasi bo'rtib chiqadi.

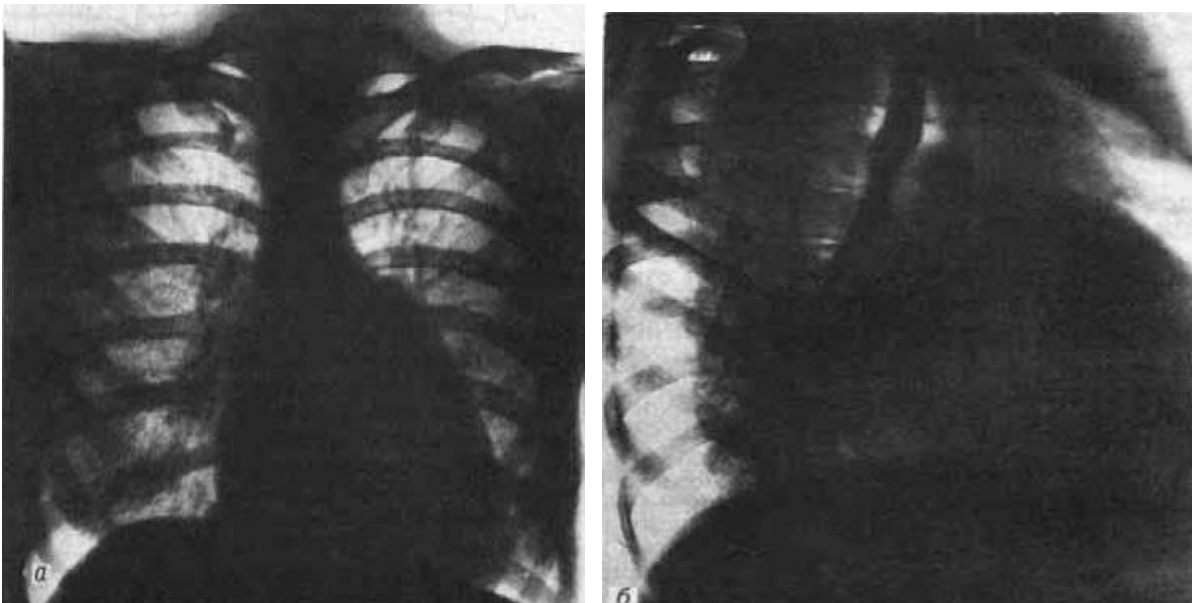
Palpasiya: yurak turtki zarbi maydonining kengayishi (normada 1,5-2 cm²), diastolik titrash yoki mushuk xirillashi-fremissemnt catare (diastolic dirillash-yurak cho'qqisida), **Nesterovanning ikki to'qmoqcha simptomlari (mitral stenozda kuchaygan birinchi va ikkinchi tonlar palpatsiyada seziladi)**, puls chap va o'ng qo'lda bir xil bo'lmaydi (simptom Savelyeva-Papova) o'ngda katta va chapda kichik (pulsus differens) chunki chap bo'lmacha gipertrofiyalanib chap o'mrov osti arteriyasini siqib qo'yadi bu tomir tebranishiga ta'sir qiladi, chap qorinchadan aortaga kam qon o'tishi hisobiga va zarb hajmi kamayishi hisobiga puls kichik (pulsus

parvus) bo'ladi, arterial bosim normada, ko'proq puls bosimi pasayadi diastolic bosim oshishi hisobiga. Aksariyat holatlarda mitral stenoz hilpillovchi aritmiya bilan kechganligi munosabati bilan, aritmik puls kuzatilishi mumkin.

Perkussiya: nisbiy bo'g'iqlik chegarasi yuqoriga va o'ngga siljishi (chap bo'lmacha va o'ng qorincha gipertrofiyasi natijasida) kuzatiladi. Yurak mitral konfiguratsiya tus oladi.

Auskultatsiya: Chap qorinchaga chap bo'lmachadan kam qon tushishi natijasida tez va qisqa muddatga qorincha qisqaradi. Shuning uchun yurak cho'qqisida I ton – kuchaygan va II tonda so'ng mitral klapan ochilish toni eshitiladi. Kuchaygan I va II ton hamda mitral klapan ochilish toni "Bedana" ritmi hosil bo'lishiga olib keladi. Kichik qon aylanish doirasida qon dimlanishi natijasida o'pka stvolida II ton aksenti eshitiladi va diastolic shovqin V qovurg'a oralig'ida lin. medioclavicularis sinistradan 1,5-2 sm ichkarida. II ton aksenti va Grexema Stilla diastolik shovqini a.pulmonalis (chap II qovurg'a sohasi) da eshitiladi. Bu o'pka arteriyasi nisbiy yetishmovchiligi bilan bog'liq

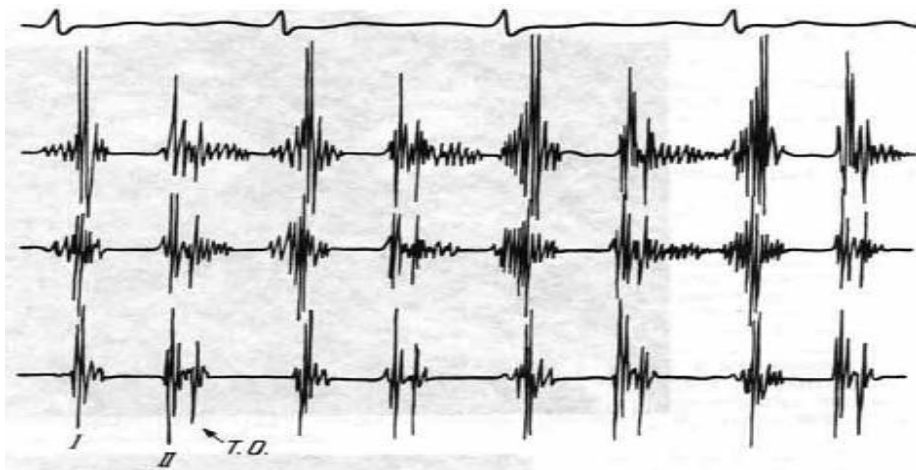
Rentgenologik tekshiruvda chap bo'lmacha gipertrofiyasi aniq ko'rinib, yurak beli yo'qolgan va mitral konfiguratsiya tus oladi. Bemorlarga bariy sulfat ichirib ko'rilganda kengaygan chap bo'lmacha qizilo'ngachni siljitganligini ko'rishimiz mumkin. Kichik qon aylanish doirasida qon bosimi oshishi hisobiga rentgenda o'pka arteriyasi shishganligini va o'ng qorincha gipertrofiyasini ko'rishimiz mumkin. Uzoq muddat kichik qon aylanish doirasida qon bosimi oshishi hisobiga pnevmoskleroz rivojlanganligini va mitral klapan ohaklanganligini rentgenda ko'rish mumkin.



- a) chap bo'lmacha gipertrofiyasi aniq ko'rinib, yurak beli yo'qolgan va yurakning mitral konfiguratsiya;
b) kengaygan chap bo'lmacha qizilo'ngachni siljitganligini ko'rishimiz mumkin;

FKG-tekshiruvlar mitral klapan proektsiyasida auskultatsiyasi bilan mos, I ton amplitudasi baland (kuchaygan) bo'ladi, II ton o'zgarmagan; II tondan so'ng mitral klapan ochilish toni kuzatiladi (bedona ritmi) va distolik shovqin qayd etiladi. O'pka arteriyasi ustidan olingan FKG da o'pka kapilyarlarida bosim ortishi munosabati bilan II ton amplitudasi baland bo'ladi.

Quyidagi suratda mitral qopqoq stenozida mitral qopqoq proektsiyasidan olingan fonokardiografiyada I ton amplitudasi balandligi, diastolik shovqin va mitral klapan ochilish toni qayd qilingan.



EKG - Chap bo'lmacha va o'ng qorincha gipertrofiya belgisi namoyon bo'ladi. I va II standart tarmoqlarda P tishning kattalashganligi va uzayganligi hamda davomli bo'ladi, ikki cho'qqili bo'lishi kuzatiladi. O'ng qorincha gipertrofiyasi; o'ng sohada R tish kattalashuvi, chapda S tish chuqurlashuvi namoyon bo'ladi. Yurakning elektr o'qi o'ngga siljigan.

ExoKG dachap bo'lmacha va o'ng qorincha kengayganligini hamda mitral klapan fibrozi, kaltsinozini ko'rishimiz mumkin. Klapanlar harakatini o'zgarishini ko'rishimiz mumkin. Normada oldingi klapan stvori oldingi devorga va orqadagisi-orqaga harakatlanadi, stenoz holatida bir tomonlama harakatlanadi. Klapanlarning yopilish tezligi pasayadi shu bilan birga bo'lmachalar sistolasi vaqtida klapanlar ochilish tezligi ham susayadi. O'ng qorincha mushaklari holsizlanganligi va gipertrofiyasi natijasida uch tabaqali klapan nisbiy yetishmovchiligi yuzaga keladi.

Aortal klapan qopqog'i yetishmovchiligi

Aortal klapan etishmovchiligi (insufficiencia valvae aortae) ushbu parokda aortal yarim oysimon klapanlar to'liq yopilmay qoladi, natijada aortadan qisman qon retrograd harakatlanib, chap qorinchaga tushadi.

Etiologiyasi. Kasallikning rivojlanishida revmatik endokardit, aorta va aortal qopqoqning sifilitik shikastlanishi, septic endokardit hamda ateroskleroz muhim o'rin egallaydi. Rumatik va septik endokardit tufayli aorta yetishmovchiligidagi anatomik o'zgarishlar endokarditdagi o'zgarishlarni eslatadi; zaxm tekandan paydo bo'lgan yetishmovchilikda asosan tomirlar yallig'lanib ular kengayadi hamda qopqoq tavaqalari bujmayib qoladi.

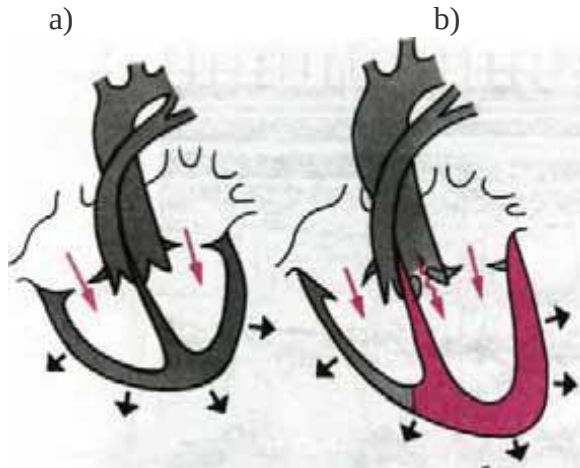
1. Tug'ma 2 tavaqali klapan: yaxshi yopilmasligi yoki prolaps
2. Revmatizm
3. Infektsion endokardit: odatdagi mitral klapan zararlanishi ravoqlarining jarohatlanishi –prolaps:
4. Miksomatoz degeneratsiya: ravoqlarning mexanik funksiyasining buzilishi. Prolapsga olib keladi
5. Valvulit: yallig'lanish ravoqlar yopilishini buzadi.
6. Jarohat: birlamchi zararlanish, ikkilamchi prolaps aorta tekislanishi natijasida. **Aorta ildizi jarohati turlari.**

1) Biriktiruvchi to'qima irsiy xastaliklari: quruvchi to'qima yumshayib qolishi yoki medionekrozi aorta ildizi dilatatsiyasiga olib keladi. Aortaannulyar ektaziya (medionekroz natijasida) - aksariyat hollarida yoshi ulug' kishilarda izolyatsiyalashgan aortal etishmovchilikka sabab bo'lib xizmat qiladi, ayrim paytlarda Marfan sindromining bir alomati sifatida namoyon bo'ladi.

- 2) Aorta ildizining surunkali dilatatsiyasi.
- 3) Sifilis: aorta dilatatsiyasi, devorlarini qalinlashuvi;
- 4) Aorta devori yemirishi: tabaqalar tayanch apparati patologiyasi.
- 5) Qorinchalar aro to'siq defekti.

Gemodinamika. Aortaning yurakdan chiqish qismi normada qopqoq bilan yopiladi, chunki sistola paytida qonning chap qorinchaga retrograd tushishiga yo'l qo'ymaydi. Paroklarning o'ziga xos xususiyati aortal qopqoqning to'liq yopilmasligi va buning natijasida diastola vaqtida aortadan qonning malum bir qismi chap qorinchaga qaytib tushadi. Vaholanki chap qorinchaga normada chap bo'lmachadan ham qon quyiladi. Buning natijasida chap qorincha dilyatatsiyaga uchraydi, mushaklari sistola vaqtida zo'riqib katta kuch bilan ishlaydi chunki aortaga ko'p qonni zarb bilan haydashi kerak bo'ladi, buning natijasida gipertrofiyaga uchraydi. O'z navbatida qonning ko'paygan sistolik hajmi aortani dilyatatsiyaga uchratadi.

Aortal etishmovchilikda sistola va diastola vaqtida qon bosimi o'zgaradi. Aortaga normaga nisbatan sistola vaqtida ko'p qon haydalishi natijasida sistolik bosim ko'tariladi va diastola vaqtida qonning ma'lum bir qismi chap qorinchaga qaytishi hisobiga diastolik bosim tezda pasayadi.



- a) Gemodinamika meyorda;
- b) Aortal qopqoq etishmovchiligida gemodinamika buzilishi natijasida chap qorincha gipertrofiyasi va aortadan qonning chap qorinchaga tushishi to'liqsimon strelka bilan ko'rsatilgan.

Sub'ektiv ma'lumotlar; Bu kasallikda shikoyat bo'lmasligi ham mumkin. Kasallikning avj olib rivojlanishi shikoyatlarni keltirib chiqaradi. Bu hayot uchun muhim bo'lgan organlarning qon bilan ta'minlanishining susayishi. Diastolik qon bosimining tushishi natijasida yurak sohasida og'riq stenokardiyaga o'xshash bo'ladi. Jismoniy mehnatda kuchayadi. Hansirash, bosh aylanishi kuzatiladi. Keyinchalik hansirash tinch holatda ham kuzatiladi. Bosh aylanishi bosh miyani qon bilan ta'minlanishini buzilishi va diastolik bosimni pasayishi hisobiga bo'ladi. Chap qorincha mushaklari toliqishi natijasida qisqarish faoliyati susayadi va kichik qon aylanish doirasida dimlanish yuzaga keladi. Buning natijasida bemorlarni hansirash, yurak urishi va holsizlik bezovta qiladi.

Fizikal tekshirishlar; Inspektio—bemorlarni ko'zdan kechirganda teri qoplamlari oqimtir rangda bo'ladi, chunki organizm yetarlicha arterial qon bilan ta'minlanmaydi. Aortal klapani yetishmovchiligi bor bemorlarda quyidagi simptomlar mavjud bo'lishi mumkin: bo'yin arteriyasi pulsatsiyasi (plyaska karotid), tomirlar pulsatsiyasi bilan birga boshning chayqalishi, Myusse simptomi), Kvinke simptomi (tirnoqlar qisilganda kapilyarlar pulsatsiyasi, teri tirnalgandan keyin qizargan zonani katta va kichik bo'lishi), “ karotid raqsi” periferik tomirlar (uyqu, o'mrov osti, elka va chakka arteriyasi) pulsatsiyasi simptomi.

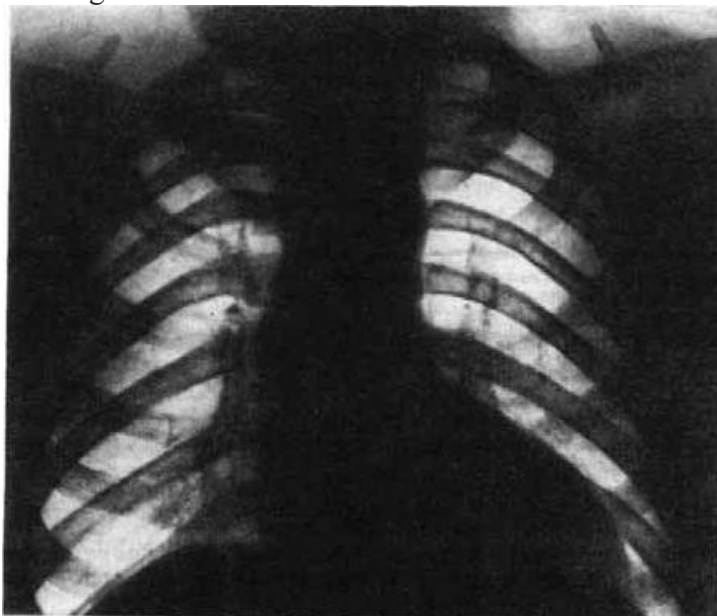
Palpatsiya: Korrigen pulsi (yuqori tez puls) buni qo'lni yurak sohasidan yuqoriga ko'targan holda bilak arteriyasidan yaxshi aniqlanadi. Kvinke pulsi: tirnoq sohasidagi ko'rinadigan kapilyarlar pulsatsiyasi. Yurak turtki zarbi palpatsiyada yaqqol aniqlasa bo'ladi, gumbazsimon, kuchaygan o'rta o'mrov chizig'ida yoki undan ham chapga siljigan. Bularning hammasi chap qorincha gipertrofiyasi tufayli yuzaga keladi.

Perkussiya: Yurak nisbiy to'ntoqlik chegaralari ko'proq chapga siljigan, hattoki o'rta qo'ltiq osti (linea aksilaris media) chiziqqacha boradi. Yurak beli kattalashganligi munosabati bilan aortal konfiguratsiya tus oladi

Auskultatsiya—nuqson tufayli aortadan qon chap qorinchaga ma'lum miqdorda tushadi va normada chap bo'lmachadan ham qon qorinchaga tushadi, unda qonning hajmi ortadi, shuning munosabati bilan qorinchalar sistolasi biroz uzayadi. Shuning uchun yurak tonlari o'zgaradi, I ton cho'qqida susaygan bo'ladi. Aortal klapan to'liq yopilmasligi munosabati bilan II ton aortal qopqoq proektsiyasida susaygan. Diastolik so'nib boruvchi shovqin to'sh suyagini o'ng qirrasidan II qovurg'a oralig'ida va chapdan III qovurg'aning to'sh suyagiga kelib birikkan joyida (Botkin –Erb nuqtasida) yaxshi eshitiladi. Oldinga egilgan holda nafasni chiqargan paytda yaxshi eshitilaadi. Cho'qqida mezodiastolik kichik chastotali shovqin (Flint shovqini) – aortal regurgitatsiya hisobidan. Cho'qqida qisqa sistolik shovqin (mitral klapaning nisbiy yetishmovchiligi hisobidan). III auskultativ nuqtada diastolik shovqin (Grexim-Still shovqini-o'pka arteriyasi klapanlari nisbiy yetishmovchiligi hisobidan.) Traubening ikkilangan toni - son arteriyasida eshitiladi. Botkin toni- yelka arteriyasida (qo'lni yuqoriga ko'targanda eshitiladi Kurlov toni deyiladi) Dyuroz-Vinogradov shovqini son arteriyasidagi ikkilangan shovqin.

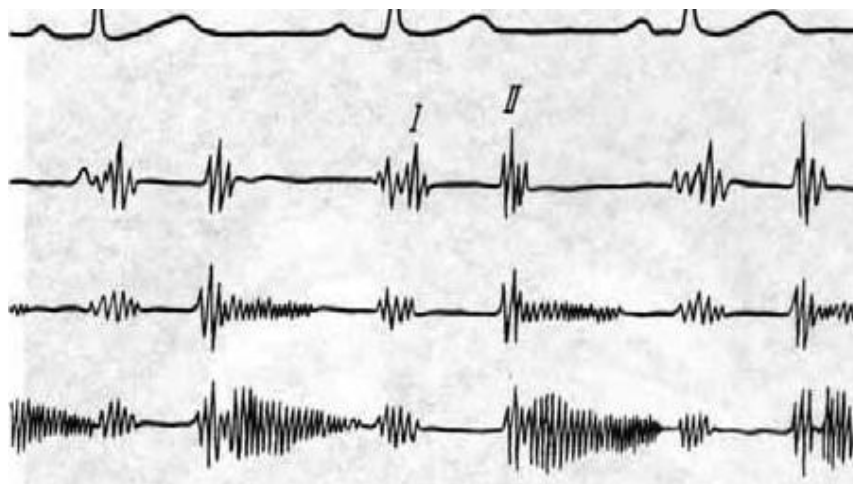
Qon Bosimi—sistolik qon bosimi ko'tarilgan, diastolik qon bosim tushgan puls qon bosimi ko'tarilgan, puls baland, yuqori, tez.

Rentgenologik – chap qorincha gipertrofiyasi, yurak beli kattalashganligi, aortani kengayganligi va uni pulsatsiyasini tezlashganini ko'ramiz.



Rentgenografiyada aortal qopqoq etishmovchiligida chap qorincha gipertrofiyasi va aortal konfiguratsiya tasvirlangan.

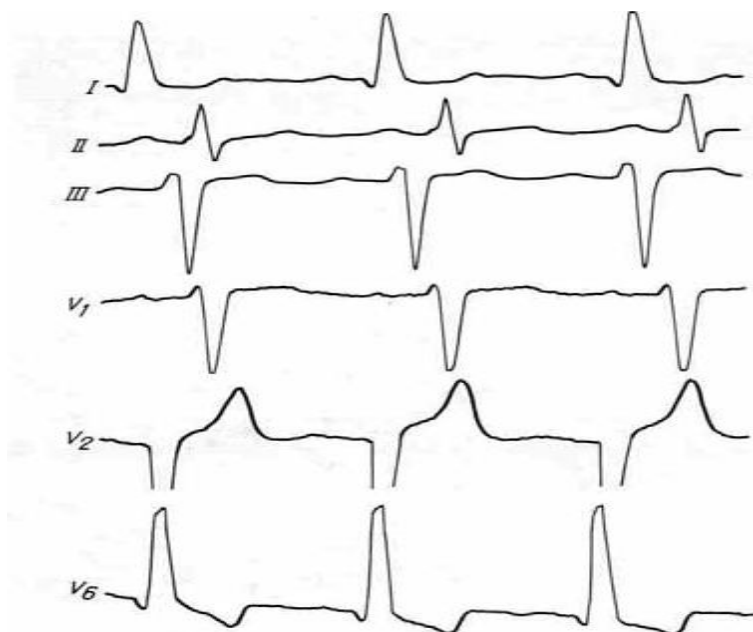
FKG mitral qopqoq proektsiyasiga I ton va aortal qopqoq proektsiyasiga II ton amplitudasi pasayganligi va II tondan so'ng diastolik shovqin qayd qilinadi.



ExoKG yozilganda aorta o'zagi kengayishi, aortal klapanda kaltsinozi, fibrozli o'zgarishlar kuzatiladi. Bu o'zgarishlardan tashqari aortal klapandan qonni chap qorinchaga qaytishini va chap qorinchani gipertrofiyalanganligini hamda mitral klapan nisbiy etishmovchiligini ko'rishimiz mumkin. Dekompensatsiya davrida kichik qon aylanish doirasida dimlanish yuzaga kelib, yurak astmasiga xos o'zgarishlarni ko'rishimiz mumkin.

EKG-aortal qopqoq yetishmovchiligida chap qorincha gipertrofiyasi, elektr o'qini chapga siljishi, chap ko'krak nuqtasida S tishlarni chuqurlashganligi, ungda R tish amplitudasi balandligi qayd etiladi.

Quyidagi EKG suratiga qarang.



Aorta qopqog'i yetishmovchiligida ekg tasviri.

Aortal teshik stenoz

Aortal teshik (meyorda 3 sm²) **stenoz (stezis ostii aortae)** - bu turdagi nuqsonda qorinchalar sistolasi vaqtida aortaga qonni o'tishi qiyinlashuvi kuzatilib, chap qorinchada qisman qon qoladi va meyorda chap bo'lmacha sistolasi vaqtida ham qon tushib, qon hajmi ortadi.

Etiologik omillari-aksariyat holatlarda revmatik endokardit, septic endokardit, ateroskleroz sabab bo'lib, bunga tug'ma omillar ham ahamiyatga ega. 2 tabaqali AK mavjudligi tufayli stenoz (bu nuqson 2% hollarda uchraydi) nisbatan yoshi kattalarda rivojlanadi va 50% dan ortiq hollarda valvuloplastikani talab qiladi.

-RI –deyarli hamma vaqt MK jarohati bilan kechadi. Alohida uchraydigan AS odatan norevmatik sababdan darak beradi.

-AK izaliyatsiyalashgan klassifikatsiyasi-nisbatan ko'p uchraydi sabab; 65 yoshgacha 40%, 65-80 yoshda 90% hollarda AK protezlashga sabab bo'ladi.

-Aterosklerotik AS og'ir giperlipoproteidemiya, fibroz tugunchali — RA da, AS klassifikatsiyasi — Pedjet kasalligida va SBE (XPN) terminal bosqichida (ayrim paytda) uchraydi.

- Infektsion endokardit (ayniqsa sababi Candida spp., Haemophilus parainfluenzae bo'lsa) va ayrim hollarda AS ning o'tkir varianti sifatida namoyon bo'ladi.

Gemodinamikasi:-aortal klapan me'yorida 3 sm² bo'lib, 50% gacha torayganga hayotga unchalik xavf solmaydi, lekin 1-0,5 sm² gacha toraysa nuqsonning simptomlar namoyon bo'la boshlaydi. Gemodinamik o'zgarishlar aorta og'zining qanchalik torayishi bilan bog'liqdir. Teshik maydonining 50% dan ortiq kamayishining o'zi gemodinamika buzilishiga-chap qorinchadan katta qon aylanish doirasiga ya'ni aortaga qon o'tishi kamayishiga olib keladi va qonning ma'lum bir qismi chap qorinchaga qoladi hamda ushbu qorinchaga chap bo'lmachadan ham kerakli miqdorda qon tushadi, oz navbatida qorinchaga qon bosimi oshishiga olib keladi. Bunday o'zgarish chap qorincha mushaklarini zo'riqib ishlashiga olib keladi. Bu o'zgarishlarni kompensatsiyalash maqsadida qorincha gipertrofiyalanadi. Chap qorincha kuchli rivojlanganligi sabab u uzoq vaqt o'zgarishlarni kompensatsiyalashi mumkin, ammo uzoq vaqt zo'riqishi natijasida chap bo'lmacha zo'riqishi yuzaga keladi. Keyinchalik o'pka gipertenziyasi va zo'riqish ortishi natijasida o'ng qorincha zo'riqishi yuzaga keladi. Dekompensatsiya oxirida o'ng qorincha etishmovchiligi, katta qon aylanish doirasida dimlanish yuzaga keladi.

a)

b)



- a) Gemodinamika me'yorda;
- b) Gemodinamika aortal teshik stenozida va chap qorincha gipertrofiyasi.

Sub'ektiv ma'lumotlar: Aortaga qonni kam miqdorda kelishi, miokard toj tomirlarning kam to'lishiga sabab bo'ladi. Bu yurak sohasiga siquvchi, bosuvchi xarakterdagi og'riqlar paydo bo'lishiga olib keladi (aortalgiya). Stenokardiyaga xos og'riqlarni eslatadi. Miyani qon bilan yomon ta'minlanishi natijasida bosh aylanishi, bosh og'rig'i va hushdan ketish holatlari ham kuzatiladi. Bu simptomlar jismoniy va ruhiy zo'riqish vaqtida kuchayishi kuzatiladi.

Fizikal tekshirishlar: Umumiy ko'zdan kechirganda - teri qoplamida oqarganligi hamda yurak sohasida yurak turtki zarbi ko'zga tashlanadi va maydoni keng, baland hamda rezistentdir.

Palpatsiya: Yurak cho'qqi zarbi chapga siljigan, maydoni kengaygan, tarqoq, amplituda va rezistentligi baland (bu chap qorincha gipertrofiyasini ko'rsatadi). Yurakning sistolik titrashi kuzatiladi (Mushuk xirillashi o'ngdan II qovurg'a oralig'ida). Stenozda puls biroz sekinlashgan, past, kichik, sust bo'ladi. Sistolik qon bosimi biroz tushgan, diastolik qon bosimi meyorda yoki biroz ko'tarilgan bo'ladi. Qisqa puls (maliy) (pulsus parvus), sekin (pulsus tardus), kam (pulsus rarus) deyiladi.

Perkussiya: yurak nisbiy bo'g'qlik chegarasining chapga siljishi va aortal konfiguratsiya tus oladi, bu chap qorincha gipertrofiyasi bilan bog'liq bo'ladi.

Auskultatsiya: Aortani eshitish nuqtasida ya'ni o'ngdan II qovurg'a oralig'ida II ton va yurak uchida I tonning susayishi eshitiladi. Shular bilan birga sistolik shovqin ham II qovurg'a oralig'ida o'ng tomonda eshitiladi (mezosistolik shovqin). U II tondan oldin yo'qoladi, to'shning o'ng qirrasida yaxshi eshitiladi va uyqu, o'mrov osti arteriyalariga uzatiladi.

Aorta og'zi stenozida shovqin kuchayib boradi, xarakteriga ko'ra bu shovqin davomli, dag'al, xuddi arralagandagidek tovushni eslatadi, hatto orqada kuraklar o'rtasi sohasigacha uzatiladi.

FKG: belgilar II qovurg'a oralig'i o'ngda ya'ni aorta ustida II ton va yurak cho'qqisidagi I ton susayganligini bildiradi. Aorta ustida romb shaklidagi sistolik shovqin aniqlanadi. Bu shovqin I tondan keyin yuzaga keladi. Kuchayib boruvchi va so'nib boruvchi shovqin eshitiladi.



Aortal teshik stenozida FKGsida II ton amplitudasi pasayganligi va I tondan so'ng rombsimon shavqin.

EKG: chap qorincha gipertrofiyasi, elektr o'qi chapga siljigan, chap ko'krak uzatkichlarida S tish kattalashgan o'ngda R tish kattalashgan. Ba'zida ST segment depressiyasi kuzatiladi va manfiy T tish kuzatiladi.

ExoKG: bunda chap qorincha devorlari qalinlashganligi, gipertrofiyaga uchraganligi, aortal klapan to'liq ochilmasligi va unda nuqsonlar kuzatiladi. Klapanlar ochilishi to'liq bo'lmaydi va qonning o'tishni ko'rish mumkin.

Rentgenologik tekshirishlar: qorincha gipertrofiyasini tasdiqlaydi. Yurak soyasi chapga hamda pastga siljiydi va aorta kengayganligini ko'rish mumkin. Ba'zida klapanlarda kalsiy tuzlari yig'ilishi kuzatiladi.

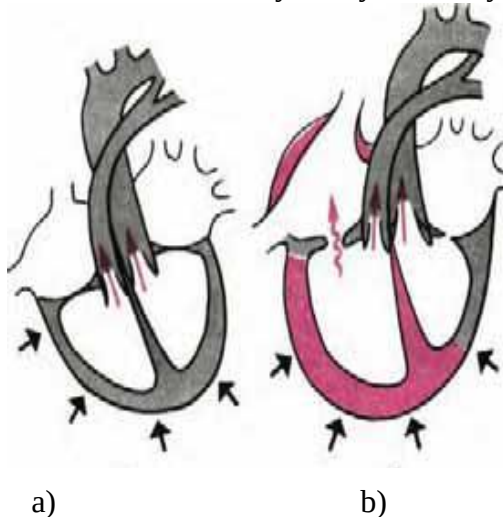
Davolash asosan operativ davolash yaxshi samara beradi, dekompensatsiya bosqichida konservativ davo choralari olib boriladi.

Uch tavaqali qopqoq yetishmovchiligi

Uch tavaqali qopqoq yetishmovchiligi (trikuspidal yetishmovchilik) o'ng bo'lmacha va o'ng qorincha orasidagi to'siqning nuqsonidir va bu qorinchalar sistolasi vaqtida qopqoqchalar tavaqalarining to'liq yopilmasligi oqibatida qonni o'ng qorinchadan o'ng bo'lmacha tomon o'tishi bilan namoyon bo'ladi.

Etiologiyasiva patogenezi; kasallikning kelib chiqishiga asosiy o'rin revmatik endokardit, septik endokardit, biriktiruvchi to'qimaning diffuz kasalliklari, mitral qopqoq stenoz kabi sabablar rol o'ynaydi. Trikuspidal yetishmovchilik absolyut va nisbiy yetishmovchiligi tafovut qilinadi. Absolyut yetishmovchilik uchun uch tavaqali qopqoqchalarning morfologik o'zgarishlari yani zichlashishi, bujmayishi, deformatsiya va ohaklanishi xos va ko'p hollarda revmatizm va infeksiyali endokardit oqibatida rivojlanadi. Trikuspidal yetishmovchilikning nisbiy yetishmovchiligida o'ng qorincha hajmi kattalashishi munosabati bilan qopqoq apparati sistola vaqtida to'liq yopilmay qoladi. Yurak nuqsonining ushbu shakli klinik amaliyotda ko'p uchraydi va unga quyidagilar olib keladi: kichik qon aylanish doirasidagi gipertenziya, o'ng qorincha dilatatsiyasi va qopqoqchalar fibroz halqasining keskin kengayishi bilan kechuvchi kasalliklar ya'ni yurak mitral nuqsonlari (aksariyat hollarda mitral stenoz), surunkali o'pkali - yurak, o'pka gipyertenziyasi belgilari bilan kechuvchi va turli sabablarga ko'ra rivojlangan surunkali yurak yetishmovchiligi, o'pkaning birlamchi gipertenziyasi, yurakning ba'zi tug'ma nuqsonlari.

Gemodinamik o'zgarishlar. O'ng qorincha sistola davrida qorincha va bo'lmacha orasidagi to'siq to'la yopilmay qoladi va ma'lum bir qism qon bo'lmachaga qaytadi va u erdagi bosimni ortishiga olib keladi. Bo'lmachaga zarb bilan ishlash uni dilyatatsiya va keyinchalik gipertrofiyasiga olib keladi. Diastola vaqtida qorinchaga meyorga nisbatan ko'p qon tushadi va bu qorinchani zo'riqish bilan ishlashiga olib keladi. Bu o'z navbatida qorinchalarni dastlab dilyatatsiyasi va keyinchalik gipertrofiyasiga olib keladi.



a) Gemodinamika me'yorida;

b) Gemodinamika trikuspidal yetishmovchiligida, to'liqsimon strelka bilan qonni o'ng bo'lmachaga qaytishi hamda o'ng qorincha gipertrofiyasi tasvirlangan.

Klinik manzarasi. O'pka gipertenziyasi mavjud bemorlarda uch tavaqali qopqoqchalar yetishmovchiligi qo'shilishi katta qon aylanish doirasida qon dimlanishi belgilari ro'yobga chiqadi. Qisqa vaqt ichida periferiyada shishlar paydo bo'ladi. Ba'zan o'ng qovurg'a ostida og'irlik hissi, ko'ngil aynishi, anoreksiya paydo bo'ladi. Qorin aylanasi o'lchamini kattalashishi, taranglik va dam bo'lishi astsit rivojlanayotganligidan dalolat beradi. Engil jismoniy ishlar ham bemorlarni tez charchash va umumiy holsizlikka olib keladi. Jismoniy faollikning bunday pasayishi yurak zarbining keskin kamayishi bilan bog'liq.

Ob'yektiv ko'rik. Odatda bemorlarning umumiy ahvoli qopqoq yetishmovchiligi darajasiga bog'liq bo'ladi. Katta qon aylanish doirasida dimlanish va jigar faoliyati buzilishi hisobiga yaqqol, ba'zida sarg'ish tusli akrosianoz kuzatiladi. O'ng qorincha sohasida pulsatsiya kuzatiladi. Buni yurak turtkisidan farqi shuki sistolasi vaqtida tortilib, diastola vaqtida ko'krak qafasi bortib chiqadi. Sababi shundaki sistola vaqtida yurak hajmi kichrayib, qon jigarga haydaladi, diastola vaqtida kengayadi, lekin jigardan qon yurakka o'tadi va yurak kengayadi. Shuni hisobiga ko'krak qafasi bo'rtib chiqadi. O'ng qorincha va total yurak yetishmovchiligi mavjud bemorlarning yuzi kerikkan (salqigan), terisi sarg'ish - rangpar, lab, burun uchi, quloqlarda tsianoz, og'zi yarim ochiq holatda, ko'zlari xiralashgan. Bemorlarning bo'yin venalari bo'rtib chiqqan. Yaqqol uch tavaqali qopqoq yetishmovchiligida qorinchalar sistolasiga mos ravishda bo'yin venalari pulsatsiyasini ("musbat vena pulsi") kuzatish mumkin. Venalar pulsatsiyasi xususiyatini (musbat yoki manfiy vena pulsi) aniqlash uchun quyidagi oddiy usuldan foydalaniladi. Yuza joylashgan bo'rtib chiqqan bo'yin venasi ikkita, masalan o'rta va ko'rsatkich barmoqlar bilan bosiladi, keyin teri osti venasi kichik qismidan qonni siqib chiqargandek barmoqlar orasi ochib, yuqoriga va pastga yo'naltiriladi. Venani distal qismini yuqorida turgan barmoq bilan bosib turgan holda, yurakka yaqin turgan quyi qismi qo'yib yuboriladi. Agar uch tavaqali qopqoqchalar yetishmovchiligi bo'lmasa, venaning quyi qismi ma'lum vaqt yopishgan holda qoladi va qon bilan (kollateral orqali) sekin asta to'ladi. Agar uch tavaqali qopqoq nuqsoni mavjud bo'lsa, venaning quyi qismi darhol qon bilan to'ladi va qorinchalar sistolasiga mos ravishda tomir ura boshlaydi. Bu "musbat vena pulsi" mavjudligidan dalolat beradi.

Bemor ahvoli og'irlashib borgan sari ko'rik vaqtida ularda shish sindromi aniqlanadi. Aksariyat hollarda, shishlar oyoq panjasi, boldir sohasida joylashadi ba'zan yuqoriga dumg'aza (quymich) va belgacha tarqaladi. Ayrim bemorlarda shish anasarka ko'rinishida bo'lishi mumkin. Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik – astsit, o'pkalarda – gidrotoraks aniqlanadi. Jigar paypaslaganda kattalashgan, qattiqlashgan, bir oz og'riqli, qirrasi qalinlashgan va pulsatsiyasini sezish mumkin. Katta qon aylanish doirasida uzoq muddat qon dimlanishi natijasida, jigarning kardial fibrozi rivojlanganda esa, u qattiqlashadi va qirrasi o'tkirlashadi. Musbat abdominal-yugulyar yoki gepato-yugulyar reflyuks markaziy venoz bosim yuqoriligidan dalolat beradi. Ayrim hollarda "jigar pulsatsiyasi" ni (Fridrexs belgisi) aniqlash mumkin. Yurakdan pastki kavak vena bo'ylab tarqalayotgan qayta puls to'ldirini jigarning bir maromda qon bilan to'lishini oshishiga olib keladi.

Yurak sohasini ko'zdan kechirganda va paypaslaganda o'ng qorinchaning yaqqol gipertrofiyasi va dilatatsiyasi sababli yuzaga kelgan tarqoq perikardial pulsatsiya to'sh suyagidan chapda joylashib (kuchaygan va tarqoq yurak turtkisi), epigastral sohaga tarqaladi. **Palpatsiyada** jigar pulsatsiyasini hamda jigarni kattalashganligini aniqlash mumkin.

Perkussiyada yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasini o'ngga siljishi, yurakning o'ng qismi gipertrofiyasi natijasida kuzatiladi. Shu bilan bir qatorda, yurakni mutlaq to'mtoqlik chegarasi keskin kengayadi va u o'ng qorincha va bo'lmacha dilyatatsiyasi va gipertrofiyasini aks ettiruvchi belgi hisoblanadi.

Auskultatsiyada xanjarsimon o'simta asosida I ton sustlashadi. Uch tavaqali qopqoqchalarning organik yetishmovchiligida o'ng qorincha qisqaruvchanligi susayishi va kichik qon aylanish doirasiga kelayotgan qon hajmi kamayishi hisobiga o'pka arteriyasida II ton susayadi. Lekin, o'pkada arterial gipertenziya bilan kechuvchi kasalliklar (mitral stenoz, o'pkali yurak) asosida shakllangan nisbiy trikuspidal yetishmovchilikda to'sh suyagidan chapda, II qovurg'alararo sohada uzoq vaqt II ton aktsiyenti saqlanadi. Uch tavaqali qopqoqchalar yetishmovchiligi aksariyat hollarda o'ng qorinchani patologik III toni bilan kechadi va ushbu vaziyatda auskultatsiyada protodiastolik ot dupuri tovushi eshitiladi. Ba'zan yurakni o'ng tomoni gipertrofiyasi va dilatatsiyasi hamda uni ko'ndalang o'qi atrofida soat mili bo'ylab burilishi hisobiga sistolik shovqin xanjarsimon o'siq ustida eshitiladi. Chunki yopilmay qolgan trikuspidal teshikdan o'ng qorincha sistolasi vaqtida qon o'ng bo'lmachaga o'tadi. U odatda, butun sistolani yoki uning katta qismini egallaydi va doimo I ton bilan bir vaqtda boshlanadi. Shovqin sistola so'ngida susayadi, lekin ba'zi hollarda butun sistola davomida o'zgarmasligi yoki kuchayib borishi mumkin.

EKGda yakka holda kuzatiluvchi trikuspidal qopqoq yetishmovchiligida o'ng bo'lmacha va o'ng qorincha gipertrofiyasi belgilari aniqlanadi.

ExoKGda nuqsonning belgilari – o'ng qorincha va o'ng bo'lmacha gipertrofiyasi va dilatatsiyasi hamda ushbu sohalarini zo'riqlashini aniqlash mumkin. Xanjarsimon o'simta asosidan olingan fonokardiografiya I ton amplitudasi past va shu yerda sistolik shovqin qayd qilinadi. O'pka arteriyasi ustidan olingan fonokardiografiya II tonning amplitudasi past bo'ladi. Rentgenografiya va skopiyasida o'ng qorincha gipertrofiyasini ko'rish mumkin.

Uch tabaqali klapan etishmovchiligida katta qon aylanish doirasida qonning dimlanishiga olib keladi va bu ichki azolar funksiyasini buzilishi bilan kechadi. Ichki azolarda biriktiruvchi to'qima o'sadi va fibrozli o'zgarishlar vujudga keladi.

Uch tabaqali qopqoq teshigi stenoz (trikuspidal stenoz).

O'ng bo'lmacha va qorinchalararo to'siq qopqog'i teshigi stenoz (trikuspidal stenoz) diastola vaqtida qonni trikuspidal qopqoq tavaqalari orqali o'tishini qiyinlashishi oqibatida o'ng bo'lmachada malum bir qism qon qoladi va o'ng bo'lmachada bosim ortishiga olib keladi.

Etiologiyasi. Bu yurakning nisbatan kam aniqlanadigan nuqsoni bo'lib, alohida holda amaliyotda deyarli uchramaydi. Revmatizm asosida rivojlangan trikuspidal stenoz odatda, mitral yoki aorta ravog'i stenoz hamda uch tabaqali qopqoqchalar yetishmovchiligi bilan birga keladi. Trikuspidal stenozning asosiy sababi – revmatizm, infektsiyali endokardit, endokardial fibroz.

Gemodinamika o'zgarishlari. Trikuspidal stenozda qorinchalar sistolasi vaqtida qonning bo'lmachaga qaytishi hisobiga o'ng bo'lmacha ichi bosimi ortishi xos bo'lib, u avval bo'lmachani dilatatsiyasi keyin gipertrofiyasi shakllanishiga olib keladi. Ushbu o'zgarishlar o'ng bo'lmacha va o'ng qorincha orasidagi teshik yuzasi $1,5-2,0 \text{ sm}^2$ (mye'yorida $4-6 \text{ sm}^2$) gacha torayishida kuzatiladi. O'ng bo'lmacha ichi bosimi ortishi natijasida yurakning o'ng qismiga qon kelishi qiyinlashadi va katta qon aylanish doirasida venoz dimlanishga olib keladi va bu shish, gepatomyegaliya, gidrotoraks, astsit, oshqozon, ichak, buyrak, jigar faoliyati buzilishi kabi o'zgarishlarga olib keladi.

Yurak zarb hajmini tinch holatda sustlashish va jismoniy zo'riqish vaqtida mos ravishda ko'payish imkoni yo'qolishi - trikuspidal stenozning uchinchi gemodinamik buzilishi hisoblanadi.

Klinik manzarasi; trikuspidal stenoz mavjud bemorlarni katta qon aylanish doirasida venoz dimlanish bo'lishi munosabati bilan shish, qorin o'lchamini aylanasini kattalashishi, o'ng qovurg'a ostida va epigastral sohada og'irlik hissi yoki og'riq kabi belgilar ko'proq bezovta qiladi. Bundan tashqari, trikuspidal stenoz bilan og'rigan bemorlar kuchli holsizlik, harakat vaqtida tez charchash, jismoniy faollikni susayishiga shikoyat qiladilar. Bu belgilar yurak zarb hajmini juda pasayganligidan dalolat beradi.

Ob'yektiv ko'rik vaqtida bemorlarda yaqqol namoyon bo'lgan akrotsianoza, periferik shishlar, o'ng tomonlama gidrotoraks, qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik (astsit) va katta qon aylanish doirasida venoz dimlanishning boshqa belgilari aniqlanadi. Bo'yin venalarini keskin bo'rtishi va gepato-yugulyar reflyuks (jigar sohasi bosilganda bo'yin venalarini bo'rtishi kuchayadi) kuzatiladi.

Yurakni paypaslashda va perkussiyasida trikuspidal stenozda o'ng bo'lmacha dilatatsiyasi hisobiga uning nisbiy bo'g'izlik chegarasi o'ngga siljiydi. Nisbiy to'mtoqlik chegarasini keskin o'ngga siljishiga birga keluvchi mitral stenoz oqibatida o'ng qorinchani yaqqol namoyon bo'lgan dilatatsiyasi ham sabab bo'lishi mumkin.

Yurak auskultatsiyasida xanjarsimon o'siq asosida, I ton kuchgan. Shu erda diastolik shovqin eshitiladi. Ushbu shovqin to'sh suyagining chap qirrasi, V qovurg'alararo sohada ba'zan xanjarsimon o'siq asosida, kamdan-kam hollarda esa to'sh suyagining chap qirrasi, IV qovurg'alararo sohada yaxshi eshitiladi. Shovqinning eng yaxshi eshitilish sohasi chap o'rta - o'mrov chizig'idan ichkarida (mitral stenozda – undan tashqarida) joylashadi. U nafas olganda kuchayadi (Rivero-Korvallo belgisi). Trikuspidal stenoz chap atrioventrikulyar teshik stenoz bilan birgalikda kelsa, o'pka arteriyasida II ton mye'yorida yoki uning aktsiyenti paydo bo'ladi. To'sh suyagining pastki qismida, V qovurg'a birikkan sohada trikuspidal qopqoq ochilish toni (qarsillashi) eshitiladi. U yuqoriga, III qovurg'a sohasiga uzatilishi va nafas olganda kuchayishi mumkin.

EKGda alohida kuzatiladigan trikuspidal stenoz bilan og'rigan bemorda o'ng bo'lmacha gipertrofiyasi (P-pulmonale) belgilari aniqlanadi. Trikuspidal stenoz va yetishmovchilik birgalikda kelsa, o'ng qorincha va o'ng bo'lmacha gipertrofiyasi kuzatiladi. **ExoKG** tekshirish usuli yordamida uch tabaqali qopqoq dag'allashganligi va ularni noto'liq ochilishi aniqlanadi. Aksariyat hollarda trikuspidal qopqoq oldingi tavaqasini o'ng qorincha bo'shlig'iga gumbazsimon bo'rtib chiqishi kuzatiladi.

Yurak nuqsonlarini davolash. Kompensatsiya bosqichda jarrohlik amaliyoti o'tkaziladi. Dekompensatsiya bosqichida konservativ davo choralari olib boriladi. Ushbu holatda asosiy kasallik bilan bir qatorda surunkali yurak yetishmovchiligini davolashda qo'llaniladigan samarasi isbotlangan dori vositalar tavsiya etiladi.

Nazorat savollari .

Test savollarini echish;

Mitral klapan etishmovchiligi va stenoz etiologiyasi haqidagi tushunchaga ega bo'lish.

Mitral klapan etishmovchiligi va stenozida gemodinamika buzilishini aytib bering.

Mitral klapan etishmovchiligi va stenozida bor bemorlarni so'rab surishtirish.

Mitral klapan etishmovchiligi va stenozida palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Mitral klapan etishmovchiligi va stenozida instrumental instrumental tekshirish usullari va qangay o'zgarishlar bo'ladi.

Aortal klapan etishmovchiligi va stenozida etiologik omillarni ayting.

Aortal klapan etishmovchiligi va stenozida gemodinamika buzilishini ayting.

Aortal klapan etishmovchiligi va stenozida klinikasini ayting.

Aortal klapan etishmovchiligi va stenozida sub'ektiv hamda ob'ektiv malumotlar.

Aortal klapan etishmovchiligi va stenozida palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Trikuspidal klapan etishmovchiligi va stenozida etiologiyasini aytib bering.

Trikuspidal klapan etishmovchiligi va stenozida gemodinamika buzilishini aytib bering.

Trikuspidal klapan etishmovchiligi va stenozida klinikasini aytib bering.

Trikuspidal klapan etishmovchiligi va stenozida palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Trikuspidal klapan etishmovchiligi va stenozida instrumental instrumental tekshirish tartibi va undagi o'zgarishlarni ayting.

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.
2. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.
3. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b
4. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b
5. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b
6. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b
7. U.B. Sharopov, F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b
8. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 532 b
9. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
10. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
11. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
12. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y

Qo'shimcha adabiyotlar

13. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laborotornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
14. Y.P. Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b
15. M.T. Abramova Gematologicheskii atlas M. Meditsina 1979 y. 320 b
16. A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnoz vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b
17. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988 y. v dvux tomax. 973 b
18. Vuddi M i A. Uedan."Praktika". Terapevticheskii spravochnik Vashingtonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
19. AbuAli Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
20. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
21. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
22. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D., Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
23. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
24. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru,

YuIK. Stenokardiya. Miokard infarkti.

Yu.I.K. haqida tushuncha. Stenokardiya: etiologiya, klinika, diagnostika, klassifikatsiya, EKG.

Tayanch atamalar; Stenokardiya, miokard infarkti. Anginoz og'riq, koronaroskleroz, tromboz, emboliya, koronarospazm, koronariit, nokaronarogen sabablar, aortal paroklar, anemiya, sitoxrom guruhidagi fermentlarning dismetabolizmi, abdominal variant, anginoz variant, asmatik variant, og'riqsiz variant, yurak astmasi, kardiogen shok, o'pka shishi, interstitsial va alveolyar shish, yurak yetishmovchiligi.

Yurak ishemik kasalligi (YuIK)

YuIK mustaqil kasallik sifatida Butun jahon sog'likni saqlash tashkiloti tomonidan 1965 yil kasallik ortishi munosabati bilan alohida kasallik sifatida ajratildi. YuIK miokardda qon aylanishini buzilishi yani koronar tomirlarda qon kelishi va miokardda qonga bo'lgan talabni o'rtasidagi muvozanat buzilishi hisobiga kelib chiqadi.

Yuqoridagi muvozanatni buzilishi koronar tomirlarga bog'liq va bog'liq bo'lmagan sabablarga ko'ra yuzaga chiqishi mumkin. O'zbekiston aholisining 11 % YUIK ning har xil shaklidan aziyat chekadi va ushbu kasallikda o'lim ko'rsatkichi 54 %ni va invalidlik 25 %ni tashkil qiladi.

YuIK – koronar tomirlarning sklerotik o'zgarishlari va yallig'lanishi (koronariit), koronar tomirlarning torayishi (spazmi) tufayli miokardning qon bilan taminlanishini buzilishi hisobiga mushaklarda kislorod etishmovchiligi sababli kelib chiqadi. Bunda miokardning kislorod bilan ta'minlanishi kamayadi. "Ishemiya" grekcha so'zdan olingan bo'lib, "qonning kelmay (kam kelishi) qolishi " degan ma'noni anglatadi. Quyidagi turlari uchraydi:

- 1-Giperkinetik tip – bunda qon bilan ta'minlanish normada lekin ehtiyoj yuqori.
- 2- Eukinetik tip – bunda ehtiyoj meyoriy holda, lekin qon bilan ta'minlanish past.
- 3- Gipokintik tip – bunda ehtiyoj oldingi holda yoki biroz susaygan lekin qon bilan ta'minlanish juda susaygan.

YuIK ning 5 klinik formasi farqlanadi:

1. To'satdan koronar o'lim
2. Stenokardiya va uning formalari;
 - Turg'un zo'riqish stenokardiyasi
 - FS I, FS II, FS III, FSIV
 - Nostabil stenokardiya
 - Ilk bor yuzaga kelgan stenokardiya
 - Tinch stenokardiya (**Printsmetal stenokardiyasi**)
 - Avj olib boruvchi stenokardiya
3. Miokard infarkti;
 - a) Miokard infarkti Q tishchali
 - b) Miokard infarkti Q tishchasiz
4. Infarkdan keyin keladigan kardioskleroz
5. Yurak ritmining buzilishi;
6. Yurak yetishmovchiligi;

YuIK juda ko'p uchraydigan patologiya bo'lib, o'lim holatlarining 70% ini tashkil qiladi. YuIK 50% holatlarda koronar arteriyaning torayishidan kelib chiqadi. Stenokardiyada xurujlar 70-80% holatlarda tomir torayishidan kelib chiqadi.

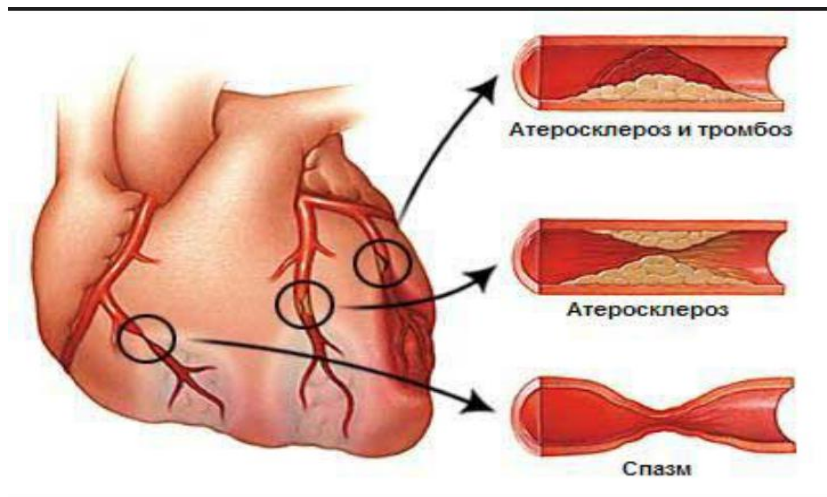
YuIK sabablari:

I- Koronar tomirlarga bog'liq sabablar;

- 1- Koronar tomirlarni aterosklerotik zararlanishi (90%)
- 2- Tromboz
- 3- Emboliya
- 4- Koronarospazm
- 5- Koronariit

II- Koronar tomirlarga bog'liq bo'lmagan sabablar;

- 1- Aortal qopqoq paroklari
- 2- Og'ir turdagi anemiyalar
- 3- Revmatizm
- 4 -Biriktiruvchi to'qimani sistemali kasalliklari
- 5- Qandli diabet
- 6- Arterial gipertoniya
- 7- Kardiomiopatiyalar
- 8- Sitoxrom guruhidagi fermentlarning dismetabolizmi



Kasallik rivojlanishiga ko'maklashuvchi omillar:

YuIK ga olib keluvchi risk omillar, bu unga olib keluvchi kasalliklar va boshqa sabablardir. Ular 2 guruhga bo'linadi.

1. O'zgaruvchan omillar (**ekzogen**, endogen)

- chekish
- gipodinamiya
- noratsional ovqatlanish
- semirish
- qandli diabet
- arterial gipertenziya
- xolesterin miqdorining ortishi
- psixo-nevrotik zo'riqishlar
- gormonal kontraseptivlarni qabul qilish

2. **O'zgarmas omillar (endogen, endogen)**

- turmush va yashash tarzi
- metabolik sindrom
- yosh(50-60 yosh)
- jins (erkaklarda ko'proq uchraydi)
- irsiy omil
- o't-tosh kasalligi

Stenokardiya (S) YuIKning bir shakli bo'lib, og'riqli (anginoz) xurujlar kuzatilishi bilan xarakterlanadi. Stenokardiya (S) 1-marta 1768-yilda Uilyam Xeberdon tomonidan tasvirlangan. Stenokardiya turlari:

1. Variantli stenokardiya(stabil)
2. Nostabil

Kanada bo'yicha klassifikatsiyasi

- I- Funktsional sinf- og'ir fizik zo'riqishda va 1000-1500 m yurganda stenokardiya xurujlari paydo bo'ladi (ko'proq zo'riqishda).

- II- Funksional sinf –fizik zuriqishlar cheklangan va 500-1000m yurganda yoki zinadan 1 etajdan yuqori ko'tarilganda (3 etajga chiqilganda), xuruj chaqiradi.
- III- Funksional sinf- oddiy zo'riqishlaryoki 100-200-500m yurganda, tekis yo'lda yurilganda, zinadan chiqilganda xuruj boshlanadi.
- IV- Funksional sinf- oddiy fizik zo'riqishlar yoki tinch holatda ham xuruj bo'ladi.

Stabil Stenokardiyada fizik zo'riqishlar fonida anginoz og'riqlar kuzatiladi. Anginoz og'riqlarning 50% ining asosida koronar arteriyaning torayishi kuzatiladi.

Nostabil Stenokardiya fizik zo'riqishlar fonida va tinch holatda ham anginoz og'riqlar bilan xarakterlanadi.

Klinik formalari:

1. Dastlabki qo'zgaluvchi Stenokardiya (oxirgi oylar davomida)
2. Progressiv Stenokardiya (xurujlar davomiy va tez-tez)-xurujlar soni oshib, uni intensivligi, davomiyligi oshadi.
3. Tinch holatda ham qo'zgaluvchi stenokardiya-Prinsmetal stenokardiyasi tinch holatda asosan kechqurun xuruj yuzaga keladi. Bemorlarda to'sh ortida og'riq paydo bo'lib, uyg'onadi va o'lim vahimasi bosadi.

Nostabil S asosida aterosklerotik pilakchalar kapsulasining yorilishi va ularning qon tomir bo'shlig'iga tromb hosil qilish yotadi, infarkt oldi holati deb qarash mumkin.

Variantli (vazospastik) Stenokardiya- davomli xurujlar bilan xarakterlanadi. Xurujlar (anginoz og'riqlar) kun davomida 4-5 marta 10-15 min davom etadi. Stenokardiyada xurujlar quyidagilarga bog'liq;

- Anginoz og'riq xurujlari ko'pincha tunda bo'ladi.
- Kun davomida 4-5 marta va undan ko'proq kuzatiladi
- Keyingi xurujlar oldingisiga qaraganda kuchliroq bo'ladi.
- Og'riqlar o'rtasidagi interval vaqti qisqarib boradi
- Og'riqlar davomiyligi vaqti oshib boradi

Klinika; bemorlarni ko'krak qafasining o'rtasida yoki yurak atrofida anginoz og'riqning paydo bo'lishi, og'riqning chap qo'l, yelka, bo'yin, kurak sohalariga berilishi, og'riqning fizik zo'riqish bilan bog'liqligi, biroz dam olsa yoki koronar tomirlarni kengaytiruvchi dorilar tasirida sekinlashishi, hansirash, yurak urishi kabi simptomlar bezovta qiladi. Stenokardiyada anginoz og'riqlar xususiyati:

Anginoz og'riqlar davomiyligi odatda 1-2 min dan oshmaydi, bazida 5 min gacha davom etadi, lekin 15 min davom etishi mumkin. Og'riqlar xarakteri turli xil: bemorlar o'zida bosim siqilish, achishish, og'irlik, bazida kesuvchi yoki o'tkir og'riqlarni sezishadi. Og'riqli sezgilar noodatiy ko'rinishda va bazida o'lim qo'rquvi kuzatiladi. Og'riqlar irradiatsiyasi chap yelka chap qo'l bo'yin va boshning chap tomoniga, kuraklar orasiga va bazan qorinning yuqori qismida kuzatiladi. Kam hollarda o'lim bilan yakunlanadi

Anginoz og'riqlarga olib keluvchi faktorlar:

- Fizik zo'riqishlar
- Sovuqqotish
- Noto'g'ri ko'p ovqatlanish
- Chekish
- Gorizantal holat

Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri qoplamlari oqimtir, xuruj vaqtida lablarida tsianoz, yuzida ter tomchilarini, bemorlar yuzida hayajon hisini payqash mumkin. Auskultatsiyada miokardda qisqaruvchanlik susayganligi tufayli yurak tonlarining biroz susayganliginini aniqlash mumkin.

Bemorlarni tekshirish sxemasi;

Klinik tekshirish metodlari

- Shikoyatlari; asosiy va qo'shimcha
- anamnezis morbi
- anamnezis vitae
- fizikal tekshirishlar (ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya)

Laborator tekshirish metodlari

Labarator:

- qon va siydikning umumiy tahlili
- qondagi xolisterin va triglitseridlar miqdori

Instrumental tekshirish metodlari

Instrumental:

- Tinch holatdagi va fizik zo'riqishda EKG
- Fonokardiografik tekshiruv
- Ko'krak qafasi organlari rentgenografiyasi
- EXOKG va stress-EXOKG
- Miokard sintigrafiyasi
- Koronar angiografiya

Xuruj vaqtida puls odatda sekin, ritmik bazan taxikardiya, ekstrasistoliya va arterial bosimning ko'tarilishi bilan qo'shilib kelishi mumkin. Perkussiya va auskultatsiyada yurakda o'zgarishlar kuzatilmasligi mumkin (aterosklerotik kardioskleroz holatidan tashqari). **EKG diagnostikasi:** Bazida bemorlarda EKGda o'zgarish topilmaydi, va faqat jismoniy zo'riqishdan keyin (nagruzka) o'zgarish kuzatiladi, shuning uchun ham to'g'ri tashxislash maqsadida EKG ko'pincha fizik zo'riqishdan keyin olinadi. Buning uchun veloergometrdan foydalaniladi va bemor ahvoriga qarab zo'riqish beriladi. Xuruj vaqtida EKG da koronar qon aylanish buzilishi belgilari kuzatiladi S-T segment pasayishi T tishning ikkilanishi yoki manfiy T tish kuzatiladi. Xurujdan keyingi EKG tasviri dastlabki holatiga qaytadi. Diagnostika maqsadida koronarografiya ham qilinadi, bunda koronar tomirlarni torayishi yoki aklyuziyasini aniqlash mumkin.

Davolash nomedikamentoz va medikamentoz usullardan foydalanish mumkin.

1. Nomedikamentoz usullardan davolash maqsadida birinchi navbatda parhez tavsiya etiladi. Xolesteringa boy maxsulotlar, Na, Ca mikroelementini cheklab, K mikroelementiga boy maxsulotlar beriladi.
2. Kasallikni keltirib chiqaruvchi risk omillarga tasir qilib bartaraf etish.
3. Qon bosimini, qondagi qand miqdorini meyorga keltirib, sistemali kasalliklarni va boshqa tasir kiluvchilarni davolash.
4. bemorlarni kasallik to'g'risida o'qitish.

Dori vositalaridan koronar tomirlarni kengaytiruvchi nitroglitserin til ostiga va uzoq tasir qiluvchi nitrat preparatlari nitrong, nitrosorbit, sustak, erinit, kardiket, izoket va b.q. beriladi. Antiagregantlar Aspirin, trombopol, kurantil, klopidoqrel.

Antigiperlipidemik vositalar simvastatin.

APF ingibitorlari enalapril, xartil, lizinopril.

Betta adrenoblokatorlar atenolol, metoprolol.

Kaltsiy antagonistlari nifedipin, karinfar, verapamil, izoptin, amlodipin, norvask.

Tsitoprotektorlar-trimetazid, preduktal va b.q.

Miokardda metabolic jarayonni yaxshilash maqsadida ripronat mildronat, riboksin, atf va b.q.

β -adrenoblokatorlar-anaprilin, trazikor, kordan, kordaron va tinchlantiruvchi dori vositalari tazepam, diazepam mebikor, sibazo va b.q. beriladi.

Miokard infarkti (infarctus miocardi)

Miokard infarkti—koronar tomirlarning trombozi, spazmi, aterosklerotik o'zgarishlari tufayli yurak mushagining kislorod bilan taminlanishi buzilishi natijasida miokardning nekrozga uchrashi. Miokard infarkti 50 yoshgacha bo'lgan erkaklarda ayollarga nisbatan 5 marta ko'proq uchraydi. Statistika malumotlari bo'yicha sobiq sovet tizimi respublikalarida mehnatga yaroqli fuqarolardan 100 000 tadan 17 tasiga miokard infarkti to'g'ri keladi.

Etiologiyasi;

1. Tromboz
2. Ateroskleroz pilakchalar bilan koronar tomirlarning yopilishi
3. Koronar arteriya devorining qalinlashi
4. Emboliya
5. Koronoraspazm
6. Koronar arteriyaning nuqsoni
7. Vaskulitlar

Risk (xavfli) omillarga quyidagilar kiradi

1. Irsiyat
2. Giperoxolesterinemiya
3. Zararli omillar (tamaki, narkotik modda (kokainizm))
4. Qandli diabet
5. Arterial gipertenziya

6. Keksa yosh
7. Semizlik
8. Psixosotsial zo'riqlashlar
9. Jins (Erkak)
10. Og'ir va uzoq davom etuvchi stenokardiya
11. Oldin o'tkazilgan infarkt

Miokard infarktining klassifikatsiyasi:

1. Transmural (miokard nekrozi)
2. Notransmural (subendotelial)

Hozirgi kunlarda transmural va notransmural degan tasnif deyarli ishlatilmaydi, shuning uchun hozirgi kunda;

1. Q tishchali miokard infarkti
2. Q tishchasiz miokard infarkti deb yuritiladi.

Kasallik tabiati: dastlab kasallikning o'tkir davri, otkir osti davri, tiklanish davri, chandiqlanish davrini o'z ichiga oladi va 6 oylar davom etadi. Miokardning faoliyati buzilishi natijasida quyidagi asoratlar yuzaga keladi: qon aylanishining o'tkir yetishmovchiligi va yurak ritmining va o'tkazuvchanligini buzilishi, yurak astmasi va tamponadasi, o'pka shishi, yurak anevrizmi, kardiogen shok, katta va kichik qon aylanish doirasida tromboemboliya rivojlanadi.

O'tkir davri 10 kun davom etadi. Miokardning faoliyati buzilishi natijasida chap qorinchaning o'tkir yetishmovchiligi kelib chiqadi (o'pka shishi), kardiogen shok, yurak ritmi va o'tkazuvchanligini buzilishi (aritmia va yurak blokadasi), yurak tamponadasi (yorilishi), yurak o'tkir anevrizmasi, kichik qon aylanish doirasida tromboemboliya shu davrda rivojlanadi.

O'tkir kechishdan keyingi davr 4-6 hafta davom etadi. **Asoratlar: Dressler sindromi** (plevrit, perikardit, pnevmonit), surunkali chap qorincha yetishmovchiligi, tromboembolik asoratlar va b. q. Infarktdan keying davr 2-6 oy davom etadi. Bu davrda yurak muskuli yangi holatga moslashadi.

Klinikasi: Kasallik kutilmaganda ro'y beradi. To'sh orqasida kuchli kuydiruvchi og'riq paydo bo'ladi. Bu og'riq chap qo'lga, chap yelkaga, chap kurakka hamda pastki jag'ning chap tomonida bo'ladi. Stenokardiya dan farqli og'ir infarktda koronar arteriyalarning kengayishida qo'llaniladigan preparatlar og'riqni qoldirmaydi. Ko'pincha bemorda o'lim oldi qo'rquvi, holsizlik, rangining oqarishi, sovuq ter chiqishi. Bazan miokard infarktida nevrologik simptomlar kuzatiladi holsizlik, bosh aylanishi, bosh og'rig'i, hushdan ketish, qo'zg'aluvchanlik va dispeptik simptomlar ko'ngil aynishi, qusish, meteorizm, kabziyat h.k.

Miokard infarktining atipik shakllari:

Miokard infarktining 30 %i atipik formada kechadi. Bularga:

- 1) Abdominal
- 2) Astmatik
- 3) Aritmik shakli
- 4) Serebral
- 5) Simptomsiz klinik shakli
- 6) Anginoz

Abdominal variant-og'riq bir vaqtda epigastral va to'sh sohasi orqasida bo'ladi, dispeptik shikoyatlar: tez – tez qayd qilish, ko'ngil aynishi, kekirish, qorin sohasida og'riq, oshqozon va ichak falaji. Ob'yektiv tekshirishda Traube bo'shlig'ning kengayishi, oshqozonda kuchli timpanik tovush, palpatsiyada qorinda og'riq va yallig'lanish belgilarining bo'lishi. Meda ichaklar peristaltikasi yo'qolishi, chayqalish simptomi musbat bo'lishi, diafragmaning yuqori turishi kabi o'zgarishlar bo'ladi. Bemorlarda ichaklardan qon ketish, mezenteral tomirlar trombozi va hatto peritonit ham rivojlanishi mumkin.

Astmatik variant – chap qorincha mushaklarida nekroz o'choqlari paydo bo'lib, yurak yetishmovchiligi bilan kechadi. Bemorlarni inspirator hansirash, bo'g'ilish simptomi, yo'tal qon aralash, ko'piksmon balg'am bilan, nafas etishmovchiligi, ko'krak sohasida og'riq kabi simptomlar bezovta qiladi. Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri va shilliq qavatlarda tsianoz, bemorlarni terisi sovuq ter bosgan, nafas olishi yuzaki, tez-tez, qisqa. Palpatsiyada ovoz drillashi o'pka ustida kuchaygan, perkussiyada bo'g'iqroq tovush, auskultatsiyada mayda pufakchali nam xillashlar eshitiladi. Qon bosimi past, pulsi ipsimon tezlashgan. Bemorlar balg'ami tekshirilganda yurak parok hujayralarini ko'rish mumkin. Qon aylanishi buzilishi va o'lim ko'rsatkichlari yuqori bo'ladi.

Aritmik variant – miokardda metabolik jayonlarni, qon aylanishini, elektrolit balansini buzilishi bu variantni kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Klinik belglari yurak ritmining o'tkir buzilishi, ekstrasistoliya, fibrillyatsiya, politop qorinchalar ekstrasistoliyasi, paroksizmal tebranuvchi taxiaritmiya, hilpillovchi aritmiya kuzatiladi. Yurak ritmining o'tkir buzilishi kasallikning 1-kuni va 1-soatlarida boshlanadi. Klinik ko'rinishi ko'krak qafasining qisilishi va kuchli yurak urishi, muddatdan oldin urishi bilan kechadi. Palpatsiyada yurak turtki zarbi noteks, sust, pulsi aritmik, auskultatsiyada galop ritmini eshitishimiz mumkin. O'tkazuvchanlik buzilishi munosabati bilan EKG da to'liq ko'ndalang qamal Morgani – Edema – Stoks sindromi ko'rinadi; bir vaqtning o'zida ritmning 2-4 marta buzilishi kuzatiladi.

Serebral variant – kardiogen shok va miyada qon aylanishini buzilishi, yurak sistolik va minutlik hajmining kamayishi bilan bog'liq. Bunda nevrologik simptomlar kuzatiladi; holsizlik, bosh aylanishi, bosh og'rig'i, hushdan ketish, qo'zg'aluvchanlik, miyada qon aylanishi buzilishi simptomlari kuzatiladi bu simptomlar infarkt davolangandan keyin albatta o'tib ketadi.

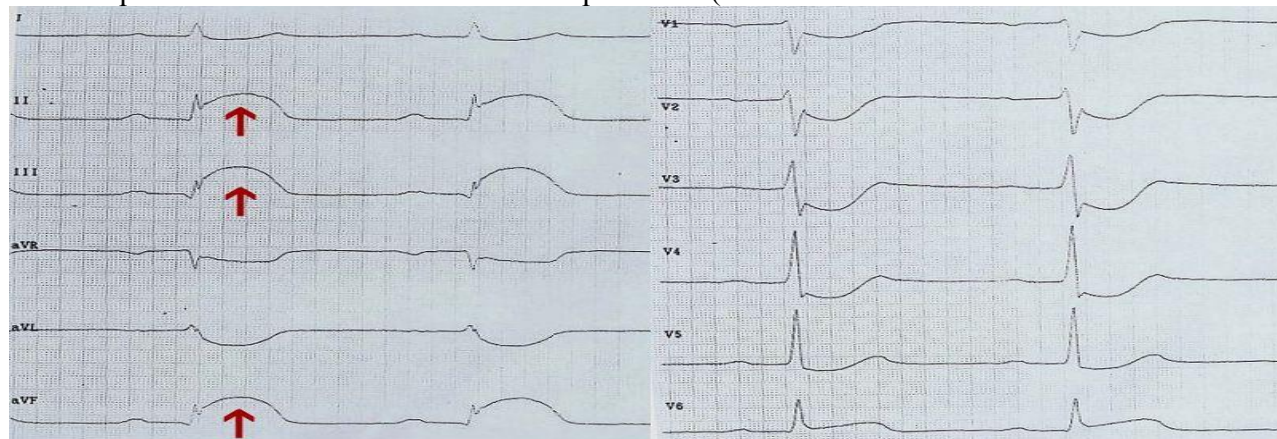
Simptomsiz variant – klinik belgilarining bo'lmasligi va o'tkir xurujlar bilan kechadi. Bu shakli yoshi o'tgan insonlarda ko'proq kuzatiladi va ko'p holatlarda yotoq rejimi bo'lmaganligi munosabati bilan bemorlar o'limiga sabab bo'ladi. Kasallik to'satdan EKG da chandiqlik topilib tashxislanadi.

Fizikal tekshiruvlar

Ko'rik davomida bemor terisi rangi oqargan, sovuq va yopishqoq ter bilan qoplangan, lablarida tsianoz ko'rish mumkin. Arterial gipertenziya gipotenziya bilan almashib turadi, taxikardiya bo'lishi mumkin, tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi.

Auskultatsiya: Yurak tonlari bo'g'iq, aritmik, qo'shimcha III ton (Galop ritmi), mezosistolik shovqin, yurak ritmining buzilishi, infarktning aritmik variantida.

EKG da miokard infarktining har qaysi davrida turli xil o'zgarishlar bo'ladi. O'tkir davrda ST segmenti izochiziqdan ko'tariladi va T tishcha bilan qo'shiladi (mushuk



beli simptomi), keyin R tishcha yo'qoladi, patologik Q tishcha paydo bo'ladi va QS kompleksi hosil bo'ladi. Shu o'zgarishlar bilan birgalikda manfiy T tishcha hasil bo'ladi. Infarktning o'tkir osti bosqichida bu holat maksimal cho'qqiga yetadi, keyin (infarktdan so'ngi davr) tiklanish holatlari yuz beradi, lekin manfiy T tishcha va patologik Q hayot davomida qoladi. Bular Q tishchali (transmural) miokard infarktining ko'rinishlari, Xolterov monitori (EKGning sutkalik uzluksiz qayd etilishi).



- a) O'tkir davri;
- b) O'tkir osti davri;
- c) Tiklanish davri;
- d) Chandiqlanish davri;

Miokard infarktida og'riqli xurujdan 6-12 soatdan keyin miokard sintigrafiyasida texnetsiy radio izotopini (Tc 99) qo'llash mumkin.

Labarator tekshiruvlar:

I. Qonning umumiy tahlili:

1. Leykotsitoz (10,2-12x10);

2. Eozinofillarning kamayishi
3. EChT ko'tarilishi (30-40mm/s)
4. C-reaktivli oqsilga musbat reaksiya
5. Fibrinogenning oshishi

Qonning bioximik tahlili:

1. KFK aktivligining ortishi
2. Qon va siydikda mioglobin ortishi
3. Troponin I va Troponin T qonda paydo bo'lishi
4. Qonda glyukoza miqdorining oshishi
5. AST va ALT ning oshishi

Miokard infarktining asoratlari: miokard infarkti boshlangandan so'ng birinchi o'n kunligida asoratlari rivojlanadi, Derssler sindromi biroz kech rivojlanadi.

- 1- Yurak anevrizmasi (o'tkir va surunkali);
- 2- Yurak yorilishi (4-11 kun);
- 3- Infarktdan keyin Dressler sindromi (plevrit, pnevmoniya, perikardit, peritonit);
- 4- O'pkada, MNS da, qo'l va oyoqlarda tromboemboliya;
- 5- Oshqozon va ichakdan qon ketishi;
- 6- Kardiogen shok;
- 7- O'pka shishi;

Dressler sindromi-perikarditni plevrit va kam holatlarda pnevmoniya bilan birgalikda kelganda yuzaga keladi hamda eozinofiliya bilan kechish xarakterli. Bu miokard infarkti rivojlanishidan 3-4 hafta o'tgandan keyin rivojlanadi. Bunga sabab miokard mushaklarida destruktiv o'zgarishga uchragan oqsillarga organizmning sensibilizatsiyasidir

Miokard infarktida asosiy davolash usullari:

- 1- Kasallikning o'tkir davrida yotoq rejim buyuriladi.
 - 2- Og'riq sindromini qoldirish (morfin, promedol), nafas analeptiklari bilan birga kardiamin, karazol, 0,5% nalorfin eritmasi va b.q., antigistamin preparatlari suprastin, tavegil, loratal, fenkarol, dimedrol buyuriladi, fentanil, droperidol kabi neyroleptanalgetiklar qo'llaniladi. Papaverin, no-spa mushak orasiga kollateral qon aylanishini yaxshilash maqsadida.
 - 3- Antitromboembolitik terapiya (fibrinolitiklarning 2-4 soatda qo'llanilishi) geparin 20000-25000 TB vena ichiga, keyinchalik 5000-10000 TB tavsiya etiladi. Fibrinolizin 20000 TB vena ichiga fiziologik eritmaga yuborish mumkin.
 - 4- Panangin eritmasi vena ichiga 10,0; 10-20,0 25% li magniy sulfat eritmasi, 10 TB insulin 250,0-5% glukoza eritmasiga quyiladi. Bu eritmaga yurak glikozidlaridan strofantin, qon bosimini ko'tarish magsadida pressor aminlardan noradrenalin, gepertenzin qilinadi.
 - 5- Yurakda metabolik jarayonlarni yaxshilash maqsadida mildranat, ripranat, riboksin kabi preparatlarni qo'llash mumkin.
 - 6- Koronar qon aylanishni yaxshilash maqsadida nitrat preparatlari-nitrosorbit, erinit, izoket, kardiket, nitroglitserin kabi dori vositalaridan foydalaniladi.
 - 7- Aritmiya rivojlangan bo'lsa kaltsiy antagonistlari (verapamil, izoptin, finoptin) kabi dori vositalari qilinadi.
- Hozirgi davrlarda endovaskulyar metodlardan keng qo'llaniladi, bular;
- Koronar tomir ichi trombolizi;
- Koronar arteriyada teri orqali translyuminal ballon dilyatatsiyasi;

Terapevtik metodlar effekt bermaganda xirurgik metodlardan foydalaniladi-aorta-koronar shuntlash, koronar arteriyaning intrakoronar balon dilyatatsiyasi kabi usullar.

Kardiogen shok- buning asosida chap qorinchada qisqaruvchanligining buzilishi natijasida yurakning minutlik hajmi kamayishi yotadi. Qon bosimi tezda 80 mm sim ustunidan past tushib ketadi. Bu politop yurak ritmining buzilishi, extrasistoliya, paroksizmal taxikardiyaga olib keladi. Bemorlarda qon bosimi pasayib ketib, aorta yoyi va uyqu arteriyalari retseptorlari qo'zg'alishi hisobiga qonda katexolaminlar, asosan noradrenalin ko'p miqdorda tushadi va teri hamda ichki azolar tomirlarida periferik qarshilik kuchayadi. Ichki azolarda mikrotsirkulyatsiya buzilishi metabolik atsidozga olib keladi. Kardiogen shokning diagnostik kriteriylari; Periferik belgilar-teri rangining oqarishi, sovuq ter bosishi, ko'karish, venalarning bo'shalishi; travmatik shokdan farqi MNS tormozlanishi kam holatlarda kuzatiladi, tsianoz rivajlangan. Qon bosimining tezda 80 mm

sim ustunidan past tushib ketishi va puls bosimini tushishi. Og'riq sindromi (status anginosus) ko'p holatlarda kuzatilib, shokdan oldin ham bezovta qiladi, doim ham kuzatilmasligi mumkin. O'tkir yurak etishmovchiligi (chap qorincha etishmovchiligi) belgilari inspirator hansirash, bo'g'ilish simptomi, yo'tal ko'piksimon qon aralash balg'am bilan, nafas etishmovchiligi, ko'krak sohasida og'riq kabi simptomlar bezovta qiladi. Buyrak etishmovchiligi-qonda qoldiq azotning ko'payishi, oliguriya, anuriya kuzatiladi. Shu bilan birga suv elektrolit almashinuvi, oqsil almashinuvi buziladi va qonda azot miqdori oshib o'limga olib keladi. Bemorlar qayta yirik o'choqli miokard infarkti o'tkazganlaridan so'ng miokardda to'liq atrioventrikulyar qamal yuzaga kelib, yurakning minutlik hajmi kamayishi hisobiga aritmik shok yuzaga chiqadi. Buning asosida qamal tufayli taxisistoliya yoki bradisistoliya yotadi.

Kardiogen shokning uch darajasi farqlanadi; I darajasi kasallikning birinchi 5 soatini o'z ichiga olib, qon bosimi 80/50-60/40 mm.sim.ust.teng va puls bosimi 40-25 mm.sim.ust.teng. Kam holatlarda o'tkir yurak etishmovchiligi kuzatiladi. Yurak ritmi buzilishi, o'tkazuvchanlikni buzilishi va tez-tez qayd qilish, ko'ngil aynishi, kekirish, qorin sohasida og'riq, oshqozon va ichak falaji kuzatilib, obyektiv tekshirishda Traube bo'shlig'ining kengayishi, oshqozonda kuchli timpanik tovush, palpatsiyada qorinda og'riq va yallig'lanish belgilarining bo'lishi kuzatiladi. Meda ichaklar peristaltikasi buzilishi mumkin. Otkir yurak yetishmovchiligi natijasida o'pka shishi simptomlari kuzatilishi mumkin. **II darajada** biroz og'irroq kechib 5-10 soat davom etadi, qon bosimi 80/50-40/20 mm.sim.ust. teng hamda puls bosimi 30-15 mm.sim.ust. atrofi turadi. O'tkir yurak etishmovchiligi simptomlari kuchliroq namoyon bo'ladi. Bemorlarni tinch holatda ham hansirash bezovta qilib, terilarida ko'karish, auskultatsiyada kichik kalibrli nam xriillashlar eshitiladi. Birinchi sutka davomida bir necha marta qon bosimi tushib turadi va shokning simptomlarini yuzaga chiqarib turadi. Davolash natijasi yaxshi samara berishi mumkin, ammo, o'lim ham kuzatilishi mumkin. **III daraja** og'ir kechib uzoq davom etadi. Shok simptomlarining kuchayishi bilan bir qatarga qon va puls bosimi tushib ketadi. Bemorlarning 70% da o'pka shishi kuzatiladi. Dofamin yuborib turgan bir vaqtda qon bosimi tushib ketadi. Bu holat 1-3 sutkagacha davom etadi. III darajali kardiogen shok 90% hollarda o'lim bilan yakunlanadi. **Birinchi yordam;** Vena ichiga tomchilab dofamin, narkotik analgetiklar, yurak ritmi buzilgan bo'lsa kaltsiy antagonistlari (verapamil, izoptin, finoptin), qonni reologik xususiyatlarini yaxshilash uchun geparin, miokardni minutlik hajmini yaxshilash uchun strofantin 0,05%-0,5-1,0 v/i, miokardda mikrostromulyatsiyani yaxshilash uchun nitrat preparatlari beriladi. O'pka shishi rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik, gipoksemiya oldini olish 4% bikarbonat natriy eritmasi quyiladi.

O'pka shishi: O'pka shishi bu shunday patologik holatki bunda interstitsial oraliqqa va alveolalarga o'pka kapilyarlaridan qonning suyuq qismini shimilishi bo'lib, nafas etishmovchiligi bilan namoyon bo'ladi. Buning asosida gemodinamik buzilishlar va alveolyar kapilyar membrana o'tkazuvchanligi oshishi yotadi. **Patogenezi;** gemodinamik buzilishlar natijasida o'pka kapilyarlarida gidrostatik bosim oshadi, chunki yurakning chap qismi (bo'lmacha, qorincha) mushaklari qisqaruvchanligi buzilganligi yoki mitral qopqoq stenozi tufayli mexanik qarshilik ortishi hisobiga kichik qon aylanish doirasidan qonni chap bo'lmachaga haydalishi buziladi (sekinlashadi). Bazanda kichik qon aylanish doirasiga qonni ko'p miqdorda oqib kelishi hisobiga (adrenalin ko'payishi hisobiga) yuzaga keladi. Alveolyar kapilyar membrana o'tkazuvchanligi oshishi patogenezi asosida asosiy o'rin **ekzogen sabablardan** bo'g'uvchi tasir qiluvchi fosfororganik gazlar, fosgen, iprit, azot oksidlari kabi ommaviy shikastlash xususiyatiga ega qurollar yotadi. Endogen omillardan buyrak etishmovchiligi natijasida kelib chiquvchi uremiyani misol qilib olish mumkin. Hozirgi vaqtda miokard infarktni o'tkir davrida, 20-30% bemorlarda uchraydi va ko'pincha 70% holatlarda o'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa o'lim bilan yakunlanadi. O'pka shishini rivojlanishi asosan yurakning chap qismi aniqrog'i chap qorinchada infarkt o'chog'i kattaroq rivojlansa, chap yurak anevrizmi, mitral stenozda va b.q. yuzaga keladi. O'pka shishiga olib keluvchi omillar; arterial gipertoniya, stenokardiya xurujlari, bemorlarning yoshi (60 yoshdan yuqori), tez tez va qisqa muddatli bo'g'ilish simptomlari bor kishilar va o'pkani krupozli yallig'lanishlarida ko'proq o'pka shishi va miokard infarkti rivojlanadi. O'pka shishini rivojlanishiga asosan chap qorinchani qisqarish faoliyati buzilishi yotib va o'ng qorincha faoliyati saqlanishi hisobiga o'pkada qonning dimlanishi yuzaga keladi va o'pka kapilyarlarida bosim 30 mm.sim ust yuqori bo'ladi, qonning suyuq qismi interstitsial to'qimaga va alveolalarga o'tishi munosabati bilan rivojlanadi. Buni kelib chiqishiga qonning osmotik bosimi pasayishini ham ahamiyati kattadir. **O'pka shishining o'tkir interstitsial va otkir alveolyar turlari farqlanadi.** Bemorlarni nafas etishmovchiligi, inspirator hansirash, yo'tal qon aralash ko'piksimon balg'am bilan, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ish qobiliyati pasayishi, tez charchash, ko'krak qafasi siqilishi kabi simptomlar bezovta qiladi. Ushbu klinik simptomlarini chuqurlashuvi bilan **o'tkir interstitsial o'pka shishi** boshlanadi. Buning asosiy sababi o'pka kapilyarlari atrofi, alveolalar oralig'i va devorlari hamda interstitsial

oraliqda shish bo'lishidir. Bu holatda gazlar diffuziyasi buziladi va kasallik klinik simptomlari rivojlanadi. **Alveolyar** o'pka shishi kelib chiqishini asosiy sabablari bu alveola bo'shlig'iga transudatni kapilyarlardan o'tishi va shu yerda ko'pik hosil bo'lishi asosiy rol o'ynaydi. Bu holatda nafas olish va nafas chiqarish orasida pauza deyarli bir xil bo'ladi. Bemorlarni asosan inspirator hansirash, nafas etishmovchiligi, yo'tal qon aralash ko'piksimon balg'am bilan bezovta qiladi. Yurak etishmovchiligi bor bemorlarda quruq yo'tal bezovta qilishi ko'pchilik holatlarda alveolyar shish hosil bo'lishiga olib keladi. **Bemorlarni ko'zdan kechirganda** bemorlar terisi sovuq ter bosishi munosabati bilan nam, ko'kargan, majburiy o'tirgan yoki yarim o'tirgan holatni egallab, qo'lariga tayanib o'tiradi, nafas olishi yuzaki va tez tez, kalta kalta nafas oladi, **palpatsiya** o'tkazilganda ovoz drillashi kuchaygan va **perkussiyada** bo'g'iq tovush eshitiladi va o'pka ekskursiyasi cheklangan. Bemorlarda **auskultatsiya** o'tkazilganida susaygan vezikulyar nafas yoki bronxial nafas eshitilishi bilan birga mayda pufakchali nam xirillashlar eshitiladi. **Bronxofoniya** kuchaygan bo'ladi. Rentgenologik tekshiruvda bemorlar o'pkalarida ikala tomonlama soya ko'rishimiz mumkin. **Davolash;** 1. Bemorga o'tirgan holatni shakllantirish. 2. Venaga kateter qo'yish yoki venaga tushishi yo'lga qo'yish; 3. Bemor venasiga 0,5-1,0-1% morfin, omnopon, promedol kabi narkotik analgetiklardan yuborish; 4. 20-30% li spirt bug'lari bilan kislorod ingalyatsiya qildirish. 5. O'pkaga qon kelishini kamaytirish (oyoqlariga jgut qo'yish). 6. Qon hajmini kamaytirish (siydik haydovchi vositalar venaga yuborish yoki qon olib tashlash). 7. Ganglioblokatorlar qo'llash (pentamin 25-50-100 mg, benzogeksoniy 10-40 mg, nafonin 50-100 mg glukoza yoki natriy xlorning fiziologik eritmasiga vena ichiga, gigroniy 50-100 mg, arfonad 50-100mg vena ichiga tomchi usulda yuboriladi). Ganglioblokatorlar qonni kichik qon aylanish doirasidan depoga haydaydi; o'pkaga qon kam kelib qonni kichik qon aylanish doirasidan katta qon aylanish doirasiga haydaydi; katta qon aylanish doirasida periferik qarshilikni kamaytiradi; yurak qorinchalarini ishini mexanik ravishda kamaytiradi (ikala qorinchani ham). Qon aylanish doirasidagi qonni uchdan bir qismi depolanadi. Neyroleptiklarni qo'llash ham yaxshi samara beradi 2,5-5 mg (1-2ml) 0,25% droperidol yoki 5-10mg-0,5% galoperidol. Bular qon bosimini meyorda saqlash bilan birga psixomotor qo'zg'alishlarni, ko'ngil aynishi, qusishni oldini oladi. Bemorlarni tinchlantirish maqsadida va markaziy relaksatsiya maqsadida seduksen, diazepam, tazepam, mebikor va b.q. buyuriladi. Kapilyarlar o'tkazuvchanligini kamaytirish maqsadida antigistamin preparatlari suprastin, tavegil, loratal, fenkarol, dimedrol buyuriladi. Qondagi metabolic atsidozni oldini olish maqsadida gidrokarbonat natriy izatonik eritmasi yoki 3,6%li tpisamin eritmasi quyiladi. Yurakning qisqarish faoliyatini yaxshilash maqsadida yurak glikozidlari (strofantin) vena ichiga yuboriladi. Garmonal preparatlar vena ichiga yuborish kerak. Yurak glikozidlariga qarshi ko'rsatma bo'lsa vena ichiga kaltsiy xloridni 10%-20,0 gacha yuborish mumkin. Miokard infarktidan keyin rivojlangan bo'lsa narkotik analgetiklar morfin qilinadi. Morfin nafas markaziga (bo'g'ib) tasir qilib biroz hansirashni kamaytiradi, yurak qisqarish faoliyatini kamaytirib, o'pkaga qon kelishini kamaytiradi. Nafas yollari obstruksiyasi, o'pka yurak va bosh miyada shishi rivojlangan bo'lsa morfin qilinmaydi.

Nazorat savollari .

Test savollarini yechish;

Yurak ishemik kasalliklari deganda nimani tushunasiz va uni etiologic omillarini aytib bering;

Yurak ishemik kasalliklari tasnifini aytib bering;

Stenokardiyaning turlarini aytib bering;

Stenokardiya EKG diagnostikasini aytib bering;

Stenokardiya bilan kasallangan bemorlarni davolash tartibini aytib bering;

Miokard infarkti nima va uning etiologiyasi va patogenezini ayting;

Miokard infarkti bilan kasallanganlarni ob'ektiv va sub'ektiv tekshirish usullari va undagi o'zgarishlar;

Miokard infarktining EKG diagnostikasini aytib bering;

Miokard infarkti bilan kasallangan bemorlarni davolash tartibini aytib bering;

Miokard infarktining atipik shakllarini aytib bering;

Miokard infarktining asoratlari to'g'risida tushuncha bering;

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.

2. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.

3. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b
4. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b
5. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b
6. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b
7. U.B. Sharopov, F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b
8. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 532 b
9. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
10. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
11. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
12. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y

Qo'shimcha adabiyotlar

13. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laborotornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
14. Y.P. Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b
15. M.T. Abramova Gematologicheskij atlas M. Meditsina 1979 y. 320 b
16. A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnost vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b
17. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988 y. v dvux tomax. 973 b
18. Vuddi M i A. Uedan."Praktika". Terapevticheskij spravochnik Vashingtonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
19. AbuAli Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
20. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
21. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
22. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D., Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
23. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
24. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru.,
www.cardiosite.ru., www.consilium-medicum.ru.

Xafaqonlik kasalligi, etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasi. Simptomatik gipertoniya haqida tushuncha (buyrak, endokrin, gemodinamik)

Tayanch atamalar; gipertoniya, sistolik bosim, diastolik bosim, essensial gipertoniya, nefrogen gipertoniya, endokrin gipertoniya, puls bosimi, gipertoniya davrlari, birlamchi aldosteronizm, renin angiotenzin sistemasi, natriy gomeostazi.

Gipertoniya kasalligi

Arterial gipertenziya (AG) sindromi – keng va yig'ma tushuncha bo'lib, bunda arterial qon bosimi (AQB) ko'tarilishi kuzatiladi, jumladan sistolik qon bosim (SQB)– 140 mm s.u.dan, diastolik qon bosim (DQB) 90 mm s.u. dan oshib ketadi, qon bosimi o'lchanganda bemor AQB ko'taruvchi va pasaytiruvchi dorilarni qabul qilmagan bo'lishi shart va qon bosimi ko'rsatgichlari aniqlanishi lozim. Statistik ma'lumotlarga qaraganda simptomatik gipertoniya 10 % gacha hollarda uchraydi. Qon bosimini ko'tarilishi bazi bir buyrak kasalliklari, endokrin bezlar kasalligida, aorta aterosklerozi va koarktatsiyasi, yirik arteriya qon tomirlari qisilishi kabilar qon bosimini ikkilamchi ko'tarilishiga olib keladi. Essensial gipertoniya 90% ko'proq hollarda kuzatiladi, hozirgi kunlarda boshqa kasalliklar ko'payganligi munosabati bilan ushbu foiz kamayib ketmoqda. Hozirgi vaqtda dunyo bo'yich har yili AGdan 17 mln kishi vafot etayapti va o'rtacha umrni 5 yilga qisqartirayapti (2010 y). O'zbekistonda 25% aholi gipertoniya kasalligidan aziyat chekadi va shulardan 20% (5/1 qismi) davolanadi xolos.

Etiologiyasi. Qon bosimini ko'tarilishiga risk omillarni ahamiyati kattadir. Bunday omillarga o'rta va qari yoshdagi insonlar: erkaklar 40 va ayollar 50 yoshdan so'ng, qandli diabet bilan kasallangan bemorlar va boshqalar. Ruhiy qo'zg'alish, emotsional zo'riqish, tez tez asabiylashish, ruhiy asab tizimini charchashi kabi omillar qon bosimini ko'tarilishiga olib keladi. Kasallikning kelib chiqishiga irsiy moyillikning va semizlikning (metabolik sindrom) ham ahamiyati kattadir. Semizlik kasalligiga duchor bo'lgan bemorlarning deyarli hammasida gipertoniya kasalligi rivojlanadi. Bundan tashqari kasallikni kelib chiqishiga ko'maklashuvchi omillar ham mavjud.

Qon bosimini ko'tarilishini quyidagi turlari farqlanadi;

Birlamchi AG

Ikkilamchi AG

Essentsial yoki idiopatik gipertenziya, gipertoniya kasalligi (80%)

Nefrogen, renovaskulyar AG (15%)

Endokrin AG (4%)

Nevrogen(1%)

Gipertoniya kelib chiqishiga ahamiyatga molik xavfli omillarga quyidagilarni kiritish mumkin:

Yosh-ayollar 65 va erkaklar 55 yoshdan katta. Qonda dislipidemiya-xolesterin miqdorini $>5,0$ mmol/l dan ko'payishi, tez-tez stres holatlarni qaytalanishi, gipodinamiya, irsiyat, irsiy moyillik, tana vazni, abdominal semizlik (qorin hajmi >94 sm dan katta erkaklarda va >80 sm katta ayollarda, alimentar omillar, ko'p ovqatlanish, alkohol istemol qilish, chekish yoki xolesterin kichik zichlikdagi lipoproteidlar miqdorini $>3,0$ mmol/l, yoki xolesterin yuqori zichlikdagi lipoproteidlar miqdorini $<1,0$ mmol/l erkaklarda va ayollarda $<1,2$ mmol/l yoki triglitseridlar miqdori $> 1,7$ mmol/l dan ko'p. Qonda qand miqdorini ko'payishi (qandli diabet), fibrinogen miqdorini oshishi, puls bosimining oshishi, jismoniy faoliyat, kam harakatchanlik,

Ijtimoiy, ruhiy omillar, atrof muhit omillaridir;

AQB ko'rsatgichlariga ta'sir etuvchi omillar;

Oshiruvchi

-Asabiylashish, og'riq, hayajon, markaziy asab tizimiga tasir etuvchi omillar, atrofdagi shovkin-suron, eshitish qobiliyatini pasayishi hisobiga asabiylashish

risk omillar-chekish va b.q.

- Tekshiruvchi shaxsning hatti-harakatlari bilan bog'liq xatoliklar kabi omillar qon bosimining ko'tarilib tushishiga tasir ko'rsatadi.

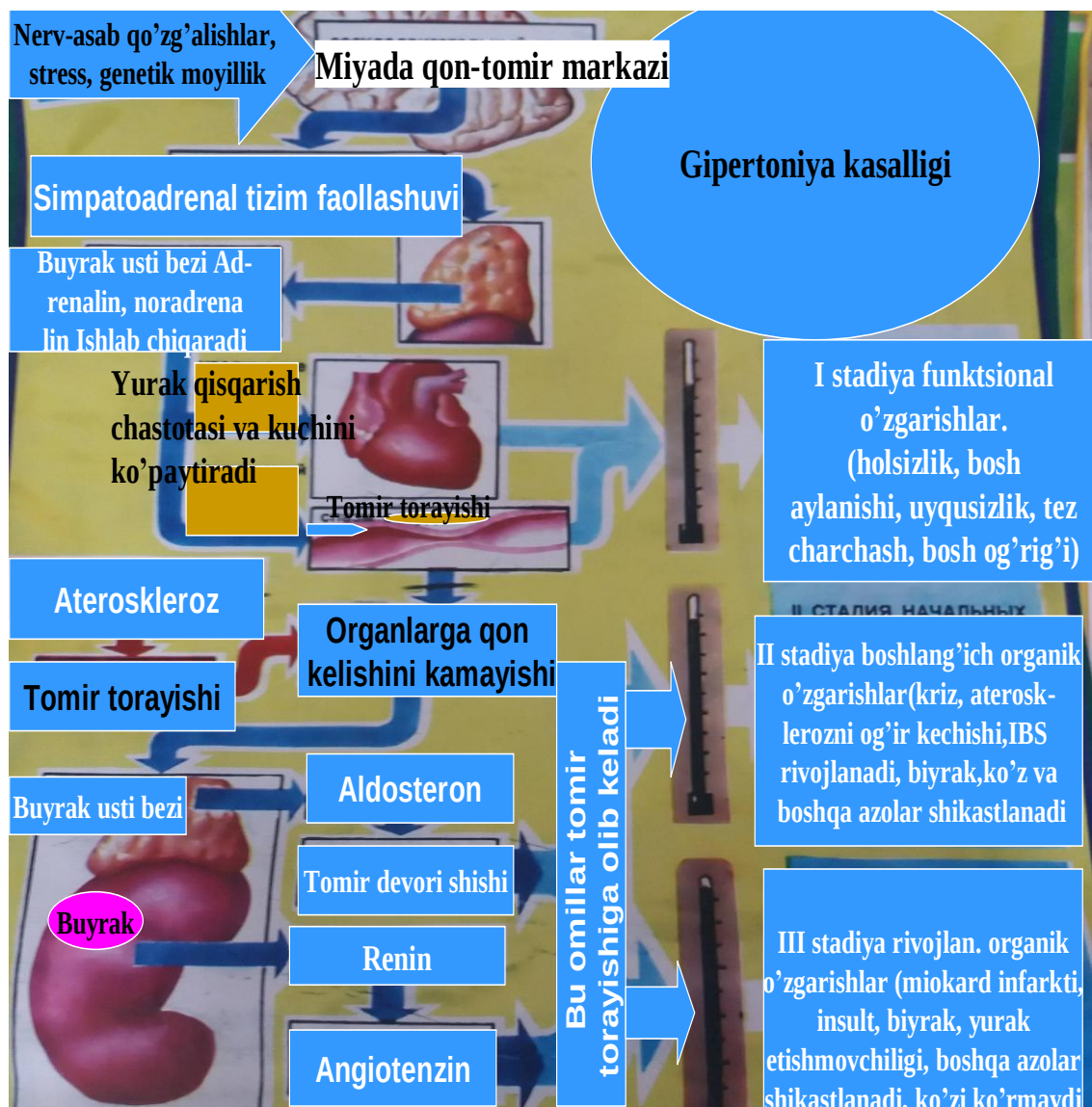
Gipertoniya kasalligi (GK) – essentsial gipertoniya.

Bu yurak qon tomir (YuQT) tizimining patologik holati bo'lib, tomirlarni neyrogumoral boshqarilishi buzilishi hisobiga arterial qon bosimini ko'rsatikichlari muayan sababsiz oshib ketishi kuzatiladi (sistolik arterial bosim 140 dan, diastolik arterial bosim esa 90 mm sim. ust.dan). Bu kasallik keng tarqalgan bo'lib, bir xil ayol va erkaklarda uchraydi, asosan 40 yoshdan so'ng kuzatiladi.

Gipertoniya kasalligini simptomatik gipertoniya bilan farqlash kerak. Simptomatik gipertoniya qon bosimini ko'tarilishi biror bir kasallikning simptomlaridan biri hisoblanadi. Misol uchun simptomatik arterial gipertoniya buyrak kasalliklarida kuzatilib, buyrak arteriyalari aklyuziyasida uchraydi (renal va vazorenal arterial gipertenziya). Xuddi shunday endokrin kasalliklarida (Itsenko-Kushing kasalligi, Kohn sindromi-birlamchi aldosteronizm, feoxromatsitoma) va h.k. kasalliklarda uchraydi (pastga simptomatik gipertoniyalarga qarang).

GK patogenezi

Emotsional zo'riqishlar, simpatik nerv sistemasi qo'zg'aluvchanligining ortishi, pressor reaksiyalarning rivojlanishi, bosh miyada simpatik markazlarida patologik turg'un dominant shakllanishi, aldosteron halqasi-renin-gipertenzin neyrogarmonlar sekretsiyasi ko'payishi, tomirlar tonusi oshishi, buyraklar antigipertenziv funktsiyasi tugaganda, rennin sekretsiyasi kuchayganda, angiotenzin ko'p miqdorga hosil bo'lganda, aldosteron ko'p ishlab chiqarilishi, qon tomirlar devorida natriy to'planishi (tomir devoir shishadi), turli pressor omillarga nisbatan tomirlar reaktivligi kuchayishi qon tomirlar spazmiga olib kelib, qon bosimini ko'tarilishiga olib keladi.



AG rivojida bevosita ishtirok etuvchi va ayni paytda tan olingan uchta patofiziologik mexanizm mavjud:

1. Natriy gomeostazi;
2. Simpatik nerv tizimi;
3. Renin-angiotenzin-aldosteron tizimi;

Natriy gomeostazi – dastlab natriyning buyrak ekskretsiyasi pasayib ketishi aniqlangan. Natijada sistolik hajm ortadi va tsirkulyatsiyadagi qonnig miqdori va tezligi ortib boradi. Periferik autoregulyatsiya qon tomiri rezistentligini oshiradi va natijada gipertoniya yuzaga keladi. Birlamchi gipertoniya bor bemorlarda Na, K-transporti barcha qon hujayralarida o'zgargan.

Simpatik nerv sistemasi – AQB sistolik hajm bilan periferik qon tomirlar qarshiligi (PKTK) orasidagi munosabat hosilasidir. Ushbu ikkala ko'rsatgich simpatik nerv tizimi nazorati ostidadir. Birlamchi gipertoniya bilan xastalangan bemorlar qonida katexolaminlar miqdori nazorat guruhi bemorlariga nisbatan oshgan bo'ladi.

Renin-angiotenzin-aldosteron tizimi – Renin buyrak YuGA sida sintez bo'ladi va arteriolalar orqali qonga o'tadi. Renin plazmadagi globulinni («renin substrati» yoki angiotenzinni) faollashtirib angiotenzin I hosil bo'lishini tezlashtiradi. Angiotenzin-transferaza tasiri ostida angiotenzin II angiotenzin I aylanadi. Hozirgi kunda angiotenzin II kuchli vazopressor bo'lib hisoblanadi (uning kuchi noradrenalina ko'ra 25-30 marta baland) va shu sababli uning kontsentratsiyasi qonda oshsa AQB ham ko'tarilib ketadi.

Arterial gipertoniya klassifikatsiyasi.

Nishon azolarni shikastlashi bo'yicha;

AG I daraja nishon azolar shikastlanmagan, faqat qon bosimi ko'tarilgan.

AG II daraja hech bo'lmaganda birta nishon a'zo shikastlangan bo'ladi (chap qorincha gipertrofiyasi, ko'zning to'r pardasai angiopatiyasi, proteinuriya yoki qonda kreatinin miqdorini oshishi, tomirlarda aterosklerotik pilakchalar rivojlanishi).

AG III daraja nishon a'zolarini kompleks shikastlanishi kuzatiladi. Yurakda-miokard infarkti, stenokardiya, yurak yetishmovchiligi. Bosh miyada-insult, gipertonik ensefalopatiya, miyada qon aylanishining buzilishi. Buyrakda-buyrak yetishmovchiligi, qon plazmasida kreatininning 2 mg% dan ko'payishi. Ko'z tibida-gemorragiya, ko'ruv nervi so'rg'ichida (soska) shish. Tomirlar tomonidan-yurakda qavatlanuvchi (rasslaivayushiy) anevrizm, yurakda aklyuzion shikastlanish kabi o'zgarishlar.

Qon bosimini balandligiga qarab;

1. Meyoriy Q/B—140/90 mm. sim. ust. past.

1.1 Meyoriy Q/B 140-159/90-94 mm.sim.ust.teng.

1.2 Arterial gipertoniya 160/95 mm.sim.ust va undan baland

Etiologiyasi bo'yicha

1. Essensial yoki birlamchi gipertoniya

2. Simptomatik arterial gipertoniya

Essensial gipertoniyaning uch darajasi tafovut qilinadi.

I daraja funktsional Q/B 160-179/94-104

II daraja (yurakda gipertrofiya, yurakda o'zgarish, buyrakda o'zgarish protein uriya), Q/B 180-200/105-114.

III daraja (davolanishga rezistent, samarasiz va yurakda miokard infarkti, buyrak, miyada insult, ko'zda o'zgarish), Q/B 200-230/115-129. Bundan oshsa gipertonik kriz hisoblanadi.

BSST (VOZ) va gipertenziya Xalqaro jamiyatining AG klassifikatsiyasi (1999 y.)

Kategoriyasi	AKB darajasi (mm s.u.)	AKB darajasi (mm s.u.)
	Sistolik	Diastolik
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Yuqori normal	130 – 139	85 – 89
I daraja (yumshoq),	140 – 159	90 – 99
Chegara guruhi	140 – 149	90 – 94
II daraja (o'rta)	160 – 179	100 – 109
III daraja (og'ir)	> 180	> 110
Izolyatsiyalashgan	> 140	< 90
sistolik AG chegarasi guruhi	> 140 – 149	< 90

I bosqich- biroz doimiy bo'lmagan qon bosimini oshishi, bunda yurak qon tomir tizimi faoliyati buzilmagan bo'ladi.

II bosqich-doimiy qon bosimini ko'tarilib turishi va chap qorincha qipertrofiyasi bilan kechadi, boshqa o'zgarishlar kuzatilmaydi.

III bosqich-doimiy qon bosimini ko'tarilib turishi yurakdagi o'zgarishlar bilan birga (YIK, yurak yueticshmovchiligi) bilan birga boshqa organik o'zgarishlar yuzaga keladi (bosh miyada, buyrakda, ko'z tubida va h.k.).

Eslatma: Agar SQB va DQB ko'rsatkichlari ma'lum bir darajaga to'g'ri kelmasa (M; SKB past (kichik), DQB esa o'rta yoki og'irga to'g'ri kelsa) bunday hollarda DQB ko'rsatkichiga tayanish lozim.

Gipertoniya kasalligi oddiy formalarining o'tishida uch davrni tafovut qilish mumkin, bu davrlarni o'z navbatida ikkita fazaga ajratsa bo'ladi;

Birinchi davr: A faza — pregipertonik faza (ma'lum bir xil ta'sirotlar bo'lganida, masalan, emotsional ta'sirotlarda arterial bosimning ko'tarilishiga moyil bo'lish); B faza — o'tib ketadigan yoki tranzitor faza (bosimning vaqt-vaqti bilan ko'tarilib, remissiyalar bilan almashinishi).

Ikkinchi davr: A faza-labil, turg'un bo'lmagan faza (arterial bosim odatda ko'tarilgan bo'ladi, lekin ko'p darajada o'zgarishi va tez pasayishi mumkin); B faza- stabil fazadir (arterial bosim mudom ko'tarilib turadi). Yurakda, buyraklar va miya tomirlarida birozgina organik—sklerotik o'zgarishlar vujudga kelishi kuchayadi.

III davrga xarakterli (A faza- kompensatsiyalangan faza, bunda mehnat qobiliyati pasaygan bo'lsada, saqlanib turadi; B faza-dekompensatsiyalangan faza, mehnat qobiliyati yo'qolgan bo'ladi). Turli kasalliklarda yurak buyraklar va miya bir xilda shikastlanmaydi, shu munosabat bilan kasallikning o'tishida yurak buyrak va miya varianti to'g'risida gapirsa bo'ladi.

Kasallikning klinik simptomlari; bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, ko'z oldida sharpalar uchib yurishi, ko'ngil aynishi, qusish, qulog'ida shovqin, yurak tez urishi, yurak sohasida sanchiq, ko'rish qobiliyatining yomonlashuvi kabi simptomlar bezovta qiladi. **Bemorlarni ko'zdan kechirganda** yuzlari, yonoq sohalari qizargan, terilari issiq, palpatsiyada yurak turtki zarbi kuchli, rezistent, hajmi kengaygan, chapga siljigan, pulsi tezlashgan va qattiq. Perkussiyada yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasi chap tomonga siljigan va aortal konfiguratsiya aniqlanadi.

Auskultatsiyada mitral klapan proektsiyasiga I ton susaygan va aortal klapan proektsiyasiga II ton aktsentini va shu yerda sistolik shovqin eshitamiz. Chap qorincha gipertrofiyasi tufayli mitral qopqoqda nisbiy yetishmovchilik rivojlanib uning proektsiyasida sistolik shovqin eshitiladi. Yurak yetishmovchiligi rivojlanganda o'pkaning pastki qismlarida susaygan vezikulyar nafas fonida mayda pufakchali nam xirillashlar eshitish mumkin. EKGda-chap qorincha gipertrofiyasi, FKGda-mitral klapan proektsiyasida I ton amplitudasi pasayganligi va aortal klapan proektsiyasida II ton balandligi va sistolik shovqin qayt qilinadi. Rentgenologik tekshiruvda yurakning razmeri kattalashganligi bilan bir qatorda aorta va koronar tomirlari aterosklerozini ko'rish mumkin.

Klinik ko'rinishlari kasallik bosqichlariga mos ravishda rivojlanadi va nishon azolar shikastlanishi aniqlanadi:

Markaziy nerv sistemasi shikastlanishi asosiy simptomlari: Bosh og'rig'i asosan uyqudan so'ng ensa sohasi og'rishi, bosh aylanishi, tez charchash, ko'ngil aynishi, burundan qon ketishi, miyada qon aylanishi buzilishi belgilarini namoyon bo'lishi (insult belgilari), parezlar, paralichlar, parezteziyalar kabi simptomlar kuzatiladi.

Yurak qon tomir tizimi tomonidan-ko'krak qafasida asosan to'sh ortida sanchiluvchan og'riq paydo bo'lishi, yurak urishi, hansirash, yurak yetishmovchiligi kelib chiqqanda shishlar bezovta qiladi.

Siydik ajratish tizimi tomonidan-siydik miqdorining ko'p ajralidshi (poliuriya) va chanqash poliuriya natijasida, nikturiya, gematuriya kabi simptomlar namoyon bo'ladi.

Periferik arteriyalarning shikastlanishi-kapilyarlar tomonidan gipertonik angiopatiya rivojlanishi munosabati bilan qo'l va oyoqlar sovushi, ko'z tibidagi o'zgarishlarni namoyon bo'lishi ko'z tinishi, ko'z to'r pardasida qon quyilishlar, ko'rish qobiliyati yomonlashishi kuzatiladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirish: Bemorlar emotsional labil, asabiy holatda, yuzi, yonoq sohasi giperemiyasi, lablarida tsianoz, akrotsianoz ko'rish mumkin, yurak etishmovchiligi hisobiga shishlar ko'rish mumkin, yurak cho'qqi zarbi kuchayganligi, maydonining kengayganligi va chap hamda pastga siljiganligini ko'rish mumkin. Ko'z tubi arteriyalarining torayishi, venulalar kengayishi (Solyuks simptomi), ko'rish nervi shishi, qon quyilishlar, to'r pardada degenerativ o'zgarishlar ko'rish mumkin. **Oftalmoskopiyada** kasallikning birinchi bosqichida ko'z tubida o'zgarish kuzatilmaydi, ikkinchi (arteriyalarni tarqalgan yoki chegaralangan torayishi) va uchinchi bosqichda (gemorragiya, ko'ruv nyervi so'rg'ichi shishi yoki shishsiz ekssudatsiya hamda atrofiya) GK xos qaytmas o'zgarishlar qayd etiladi.

EKG da chap qorincha gipertrofiyasi R amplitudasining balandlashuvi va ST segmentini izoliniyadan pasayishi, manfiy T tish hosil bo'lishi kuzatiladi. Giss tutami oyoqchalari chap tomonida qamal kuzatilishi mumkin.

Gipertoniya kasalligi bilan og'rgan bemorlar aksariyat hollarda tibbiy yordamga bu kasallikning asoratlari yani gipertonik krizlar, o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi (yurak astmasi va o'pka shishi), miyada qon aylanishining buzilishlari rivojlanganda murojaat qiladilar. Shuningdek, gipertoniya kasalligi yuqoridagilardan tashqari miokard infarkti, miyada qon quyilishi, surunkali buyrak etishmovchiligi kabi og'ir asoratlar bilan kechadi.

Diagnoz qo'yish tartibi V.I. Makolkin bo'yicha, 2000 y.

1. GK I daraja. bosqich AG2. dislipidemiya. Risk2 (o'rtacha)
2. GK II daraja. bosqich AG3. Dislipidemiya. Chap qorincha gipertrofiyasi, Risk4 (juda yuqori).
3. GK III daraja. (Достигнутая) ko'tarilgan bosqich AG 1. Oyoq qon tomirlari aterosklerozi. Harakatda oqsaydi. Risk4 (juda yuqori).
4. GK III daraja. Bosqich AG 2. YIK. Zo'riqish stenokardiyasi FK II. Risk4 (juda yuqori).
5. YIK. Zo'riqish stenokardiyasi FK II. PIKS. GK III bosqich. Ko'tarilgan bosqich AG 1. Risk4 (juda yuqori).
6. GK II daraja. AG 3 bosqich. Dislipidemiya. Chap qorincha gipertrofiyasi. Semizlik II bosqich. Glukoza tolerantlik testi buzilgan. Risk4 (juda yuqori).
7. O'ng yoki chap buyrak usti bezi feoxromatsitomasi. AG 3 bosqich. Chap qorincha gipertrofiyasi. Risk4 (juda yuqori).

Diagnostikasi uchun shart.

Qon va peshobning umumiy tahlili

Qonda qand miqdori

Qondagi lipidlar spektri

Kreatinin, buyrak jomchalarida filtratsiya tezligi,

EKG

Gipertonik krizlar. U qon bosimini to'satdan bemorlar uchun xos bo'lmagan raqamlarga qon bosimini juda yuqori darajada oshishdir, miya (entsefalopatiya), yurak (chap qorincha yetishmovchiligi, stenokardiya, aritmiya) va buyrak (suv-tuz almashinuvining buzilishi, proteinuriya, gematuriya, azotemiya) shikastlanishi belgilari bilan kechadi. Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, qon bosimining oshishi gipertonik krizning asosiy belgisi hisoblansa ham ular o'rtasida bevosita bog'liqlik aniqlanmagan. Krizning klinik manzarasi shakllanishida qon bosimi oshishidan tashqari, miya va yurakda qon aylanishi buzilishi va gipoksiya darajasi hamda boshqa ko'plab omillar ahamiyatga ega.

Gipyertonik krizni kliniko-patogenyetik rivojlanishiga qarab ikki shakli (1 va 2) hamda asoratlangan va asoratlanmagan kechishlari farqlanadi. Uning I (neyrovegetativ, giperkinetik) turi to'satdan paydo bo'lgan bosh og'rishi va aylanishi, qo'zg'alish, ko'z oldida "to'r" yoki "tuman" paydo bo'lishi, ko'p terlash, oyoq va qo'llarning muzlashi, og'iz qurishi, yurak urib ketishi, havo yetishmaslik hissi, tez-tez va ko'p miqdorda peshob ajralishi belgilari bilan xarakterlanadi. Yurak sohasida stenokardiya xurujiga xos bo'lgan og'riqlar paydo bo'lishi mumkin. Yuz, bo'yin, ko'krak terisi qizil dog'lar va ter bilan qoplanadi. Yurak tonlari jarangdor, aorta ustida II ton aktsenti aniqlanadi. Asosan sistolik qon bosimi oshishi xarakterlidir. Bu puls bosimini oshishiga olib keladi. EKGda ST segmenti pasayishi, T tishchasi tekislanishi kuzatilishi mumkin. Krizdan keyin siydikda oqsil, gialinli tsilindrlar, ko'ruv maydonida yakka o'zgargan eritrotsitlar paydo bo'ladi. Kamroq hollarda regionar qon aylanishi buzilishi (insult, stenokardiyalar, o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi) ko'rinishidagi asoratlar kuzatiladi. Gipertonik krizning I turi aksariyat hollarda GKning ilk bosqichlarida paydo bo'lib, odatda 2 - 3 soat davom etadi va nisbatan tez o'tib ketadi.

Gipertonik krizning II (suv - tuz yoki shish, gipokinetik) turi asta-sekin rivojlanib, uzoq vaqt (3 - 4 soatdan 4 - 5 kungacha) davom etadi. Klinik manzarasida entsefalopatiyaga xos bo'lgan – bosh og'rishi va aylanishi, unda og'irlik hissi, uyquchanlik, lanjlik, ko'ruv va eshitishning o'tkinchi buzilishlari, quloqda shovqin, ko'ngil aynishi, qayt qilish, mo'ljal ola bilmaslik kabi bosh miyaning zararlanish belgilari kuzatiladi. Bulardan tashqari yurak sohasida sanchiluvchi, siquvchi og'riqlar, nafas qisishi, bo'g'ilish xurujlari bo'lishi mumkin. Diuryez kamayadi. Yuz rangpar, oqargan, salqigan, venalar bo'rtib chiqqan, barmoqlar yo'g'onlashgan bo'ladi. O'tib ketuvchi paresteziyalar, gemiparezlar aniqlanadi. Sistolik va diastolik qon bosimining bir tekisda oshishi yoki keyingisining ustunligi kuzatiladi. Puls bosimi pasaygan, tomir urishi sekinlashgan yoki o'zgarmagan, ayrim hollarda esa tezlashgan bo'ladi. EKGda ST oralig'ini izochiziqdan pasayishi, T tishchaning ikki fazali yoki manfiyligi paydo bo'ladi. Siydikda krizdan keyin proteinuriya, o'zgargan eritrotsitlar, gialinli tsilindrlar aniqlanadi. Ko'pincha insult, miokard infarkti yoki o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi kabi asoratlar kuzatiladi.

Bemorlarda yuz, qo'l mushaklarining holsizligi yoki sezgirligini kamayishi (ayniqsa tananing bir tomonida), es-hushning chalkashligi, to'satdan gapirish, bir yoki har ikkala ko'zda ko'rishni, yurish, muvozanatni buzilishi, bosh aylanishi va kuchli bosh og'rig'i kabi belgilar paydo bo'lishi, bosh miya qon aylanishining o'tkinchi buzilishi shakllanganligidan dalolat beradi. Bunday hollarda ularni gorizontal holatda

yotqizish, miya ichi bosimini oshirmaydigan gipotenziv dorilarni qo'llash va zudlik bilan shifoxonaga yuborish lozim.

Simptomatik gipertoniya

Simptomatik gipertoniya qator sabablarga ko'ra yuzaga keladi;

- 1) Buyrak gipertenziyasi;
- 2) Endokrin gipertenziya;
- 3) Gemodinamik buzilishlar natijasida kelib chiqadigan gipertoniya;
- 4) Asab tizimi shikastlanishi natijasida kelib chiqadigan gipertoniya.

Buyrak gipertenziyasi

Buyrak kasalliklarida buyrakdagi yukstaglomerulyar apparatda ishemiya bo'lib, rennin sintezi ortadi va rennin angiotenzinga aylanib qon bosimi ko'tarilishiga olib keladi. Buning sababi buyrak parenximasidagi yallig'lanishlar (glomerulonefrit, pielonefrit, diabetik nefropatiya), buyrakda paydo bo'lgan toshlar bo'lishi mumkin. Nospetsifik aortoarteriit; buyrak arteriyalari trombozi va emboliyasi, buyrak arteriyalarini bosilishi (o'sma, chandiq, gematoma), buyrak arteriyalarini fibrozli mushakli displaziyasi va b.q. kabilar ham kiradi.

Patogenezi buyraklarga tosh tiqilib, tomirlarini siqib qo'ysa yoki o'tkir va surunkali glomerulonefritda buyrakning yukstaglomerulyar apparatida ishemiya rivojlanishi natijasida renin sintezi kuchayadi va bu angiotenzinga aylanib qon bosimini ko'tarilishiga olib keladi. Buyrak parenximasining kasalliklari ko'pincha ikkilamchi-buyrak gipertenziasining (2,5-5%) hollarda sababchisi bo'ladi. Gipertenziya yana noadekvat davo tufayli ham tezlashishi mumkin. Shunday ekan gipertenziya buyrak kasalliklari tufayli ham kelib chiqadi. Shuni aniqki buyrak gipertenziyasi quyidagi omillarning mutanosib ta'sirida rivojlanadi: natriyning saqlanib qolishi, pressor aktivlikning oshishi, endogen vazopressorlarning susayishi. Natriyning ekskretsiyasi buzilishi oqibatida organizmda umumiy suyuqlik miqdori ortadi. Bundan tashqari, ko'pincha periferik qarshilik ham kuzatilib, kam hollarda yurakning minutlik hajmi ham ortadi. Qon tahlilida EChT oshishi, kamqonlik belgilari, gipoproteinyemiya, disproteinyemiya, giperlipedemiya aniqlanadi. Shu o'rinda tashxisni tasdiqlash uchun Zimnitskiy, Nyechiporenko sinamali, UTT, rentgen, immun tekshirishlar bilan bir qatorda buyrak biopsiyasi hal qiluvchi ahamiyatga ega ekanligini unutmaslik kerak. **Diabetik nefropatiya.** Qandli diabet har ikki shaklida ham qon bosimining ko'tarilishi negizida asosiy kasallik ta'sirida buyraklarni shikastlanishi yotadi. Aksariyat hollarda uning rivojlanish mexanizmidan renin – angiotenzin – aldosteron tizimining faollashuvi hal qiluvchi ahamiyatga ega. Bemorlarda qandli diabet va AGGa xos bo'lgan klinik belgilar bilan bir qatorda shish, polineuropatiya, angiopatiya, proteinuriya, tsilindruriya, ko'tokchalar filtratsiyasini kamayishi hamda qonda kreatinin miqdori oshishi kuzatiladi.

Endokrin gipertenziya

Bunday ikkilamchi gipertenziya qator ichki sekretsiya bezlari kasalliklari bilan bog'liq: buyrak usti bezi (birlamchi aldosteronizm, Conn sindromi) Isenko-Kushing kasalligi va sindromi, feoxromatsitoma, gipofiz (akromegaliya), tireoid garmonlar ko'payishi (gipertireoz) va b.q.

Birlamchi aldosteronizm (sindrom Conn) buyrak usti bezida ortiqcha miqdorda aldosteron sintez qilinishidir. 80% hollarda aldosteronizm buyrak usti bezi adenomasi bilan bog'liq. Kasallik ko'pincha 30-50 yoshdagi ayollarda uchraydi. 15-20% hollarda esa kasallik buyrak usti bezining idiopatik giperplaziyasi bilan bo'g'liq. Aldosteronning ortiqcha miqdori ion balansini izdan chiqaradi, kaliy ko'p miqdorda yo'qotiladi va natriy va u bilan suv saqlanib qolinadi. Conn sindromi endokrin gipertenziyaning eng ko'p uchraydigan turidir. Kasallik klinikasi gipertoniya bilan bir xil. Qo'shimcha simptomlar bo'lib, mushak charchashi, xurujsimon oyoqning paralichi, mushaklar spazmi, doimiy siydik ajralishi, chinqash kabilar ko'rinadi. Arterial bosim odatda juda yuqori 150/90 mm simob ustunidan 180/100 mm simob ustunigacha ko'tariladi. Ayniqsa yuqori bosim ikki tarafлама bez giperplaziyasida kuzatiladi. Tireotoksikozdagi gipertoniya yurak minutlik hajmi ortishi bilan tsirkulyatsiyadagi qon hajmiga bog'liq bo'ladi. Klimaksdan keyingi gipertoniya ko'pincha esterogenlar sintezi kamayishi bilan bog'liq bo'lib, yuqori nerv faoliyatini buzadi va asabiylashishga olib keladi, bu qon bosimini oshishiga olib keladi.

Qonda kaliyni miqdori kamaygani aniqlanadi. Diagnostika uchun rentgenotomografiya, tomografiyalik ekskretor uroografiya, UTT, buyrak usti bezlari sintografiyasidan foydalaniladi. Xirurgik davo qo'llanadi.

Birlamchi feoxromatsitomada simpatik asab tizimi xromofil hujayralarida yuzaga kelgan o'sma hisobiga ko'p miqdorda katexolaminlar (adrenalin, noradrenalin, dofamin) ishlab chiqarilishi natijasida ayrim

klinik belgilar bilan bir qatorda qon bosimining keskin ko'tarilishi kuzatiladi. Bu o'smalar 90% hollarda buyrak usti bezining miya qismida joylashadi.

Xuruj vaqtida: vegetativ asab tizimi ta'sirlanish belgilari (qo'zg'alish, titroq, tana haroratining ko'tarilishi) bilan birga kechuvchi tranzitor AG; gipertonik krizlar; lo'qillovchi bosh og'rig'i, ko'p terlash, yuzning qizarishi va yurak urib ketishi; teri qoplamlarining oqarishi; ko'krak qafasida va tomoqda bosuvchi og'riq hissi (ba'zan stenokardiyaga xos xurujlar); tana vaznining kamayishi va diareya.

Xurujdan keyin: qon va siydikda katexolaminlar va ularning metaboliti – vanililbodom kislotasining yuqori darajada bo'lishi (siydik odatda xurujdan keyingi kunlarda tekshirilishi lozim); UTT, kompyuterli tomografiya yordamida buyrak usti bezlari kattalashganligini aniqlanishi. **Itsyenko-Kushing sindromi** erkaklarga nisbatan ayollarda 3-4 marta ko'proq uchrab, 80-90% hollarda xavfli AG bilan kechadi. Bemorlarning 1/3 qismida kasallik buyrak usti bezi po'stloq qismining birlamchi adenomasi (yoki kartsinoma) bilan bog'liq. Ba'zan esa uzoq muddat glyukokortikoidlar qabul qilgan bemorlarda kuzatiladi.

Klinik belgilari: AG, semirish va giperglikemiyaning bir vaqtda rivojlanishi; oyoqlar ingichka bo'lgan holda ko'krak, bo'yin, qorinning semirishi (yog' bosishi); yuzning qizil rangda va oysimon shaklda bo'lishi; steroidli qandli diabet; qorinda, sonlarda, yelka kamari sohasida teri ostida qon quyilishlarning paydo bo'lishi; petexiyalar, teleangioektaziyalar (asosan bilaklarning yoziluvchi yuzasida); jinsiy faoliyatning buzilishi, ayollarda oligo yoki aminoreya, erkaklarda esa jinsiy ojizlik va ginekomastiya; soch qoplami buzilishlari (soch to'kilishi, qo'ltiq, chov sohasida ularning yo'qolishi); terining quruq va husnbuzarli bo'lishi; tirnoqlar distrofiyasi; oshqozon - ichak yo'lining o'tkir yaralari va ulardan qon ketishga moyillikning mavjudligi; diffuz osteoporoz, «baliq» umurtqasi belgilari, patologik sinishlar; giperkaltsiemiya asosida nefrolitiaz rivojlanishi; qon tahlilida eozinopeniya va limfopeniya bo'lgan holda eritrotsitoz ($>6.10^{12}/l$), trombotsitoz, neytrofilli leykotsitoz, aldosteronemiya, gipernatriyemiya, giperglikemiya, giperxolesterinemiya, triglitseridemiya, metabolik alkaloz aniqlanishi; aldosteron, 17-oksikortikosteroid va 17-ketosteroidlar ekskretsiyasining oshishi.

Diffuz toksik buqoq qalqonsimon bezning autoimmun kasalligi bo'lib, tireoid gormonlarning ko'p miqdorda ishlab chiqarilishi bilan kechadi va aksariyat hollarda 20-50 yoshdagi ayollarda uchraydi. Tireotoksikoz nafaqat diffuz toksik buqoqda, shuningdek, tugunchali toksik zobda, qalqonsimon bez tireotoksik adenomasida va rakida, tireoiditlarda, tireoid garmonlarni tartibsiz qabul qilganda ham kuzatiladi. Uning asosiy klinik belgilari quyidagilar: bemor qo'zg'aluvchan, ta'sirchan, teri qoplamlari nam, giperdermografizm, qo'l barmoqlari titrashi; qalqonsimon bezning tugunchali yoki diffuz kattalashishi, ekzoftalm; yurak tez urishi, ritm buzilishlari (hilpillovchi aritmiya), yurak sohasida og'riqlar, havo yetishmaslik hissi; yurak cho'qqisida sistolik shovqin, qon bosimini asosan sistolik ko'rsatkich hisobiga oshishi hamda yuqori puls bosimi; ishtahaning yuqori bo'lishi, tana vaznining kamayishi, mushak holsizligi, diareya, suyaklarda va umurtqa pog'onasida og'riq kabi simptomlar bezovta qiladi.

Gemodinamik buzilishlar natijasida kelib chiqadigan gipertoniya

Bu turdagi gipertoniya asosan yurak minutlik hajmi ortishi yotib, aorta koarktatsiyasi, tomirlar aterosklerozi, aorta va uning tarmoqlari panarteriiti (Takayasu sindromi, buyrak arteriyalari torayishi), aortal qopqoq etishmovchiligi, arteriovenoz anevrizmlar va to'liq atrioventrikulyar qamallarda simptomatik gipertoniya vujudga keladi. To'liq atrioventrikulyar qamal, arteriovenoz fistula: ochiq arterial protok, tug'ma va travmatik anevrizm, Pedjet kasalligi (deformatsiyalovchi ostit); dimlanuvchi qon aylanish etishmovchiligi; eritremitiya kabi kasalliklar ham gemodinamik qon bosimi ko'tarilishiga olib keladi.

Aorta koarktatsiyasi aksariyat hollarda uning pastga tushuvchi qismini tug'ma torayishi oqibatida (erta jarrohlik amaliyoti o'tkazilmagan hollarda) yuzaga kelib, qon bosimi ko'tarilishi bilan bir qatorda quyidagi belgilar kuzatiladi: 18-30 yosh oralig'idagi bemor tanasining yuqori qismi jismonan yaxshi rivojlangan, pastki qismi esa gipotrofiya holatida bo'lishi; qo'llarda oyoqlarga nisbatan qon bosimi yuqoriligining qayd etilishi; yurak sohasida markazi chap tomonda II-III qovurg'a oralig'ida bo'lgan va kurak orasiga uzatiluvchi sistolik shovqin eshitilishi; son arteriyalarida tomir urishining susayishi.

Asab tizimi shikastlanishi natijasida kelib chiqadigan gipertoniya

Peidj sindromiga bog'liq gipertoniya dientsefal markazda simpatik va parasimpatik asab tizimi markazlarining qo'zg'alishi bilan bog'liq. Miya o'smalariga, kistasiga, miya travmasi, miyaning surunkali ishemiyasi, umurtqa va uyqu arteriyasi qisilishi, entsefalit, bulbar poliomielit bilan bog'liq bo'lgan gipertoniya po'stloq osti sohasida joylashgan tomirlar tonusini boshqaradigan markazlar qo'zg'alishi bilan bog'liq. Gipertoniya kasalligining asoratlari;

Gipertonik kriz;

Gemorragik yoki ishemik insultlar;
Miokard infarkti;
Yurak yetishmovchiligi;
Surunkali buyrak etishmovchiligi;
Ko'rish qobiliyati pasayishi.

Homiladorlik kechki taksikozi ham qon bosimi ko'tarilishiga olib keladi.

Davolash; 1-chi etap: hayot tarzini o'zgartirish (faol hayot tarziga o'tish). Semiz kishilar vaznini kamaytirishi kerak. Zararli odatlardan voz kechish. Doimiy fizkultura bilan shug'ullanish. Osh tuzi istemolini 100 mmol/sut (6 g/s kam) cheklash kerak. Yog'li, xolesteringa boy maxsulotlarni istemolini cheklash maqsadga muvofiqdir.

2-chi etapda garchi qon bosimi $> 140/90$ atrofida saqlanib turgan bo'lsa sog'lom hayot tarzi kechirib, dori moddalar qabul qilish kerak, qo'shimcha kasalliklarni ham hisobga olish kerak, ular bo'lmasa agar diuretiklardan yoki β -adrenoblokatorlardan boshlagan maqul, chunki bularning o'lim foizini kamaytirishi isbotlangan.

3- chi etapda garchi qon bosimi $> 140/90$ atrofida saqlanib turgan bo'lsa: dori moddalar dozasini oshirish kerak yoki dorini boshqa dori bilan almashtirish kerak yoki boshqa guruh dori moddalarini qo'shish kerak.

4- chi etapda garchi qon bosimi $> 140/90$ atrofida saqlanib turgan bo'lsa, 2 chi yoki 3 chi dori moddani qo'shish kerak, agar u oldin tavsiya etilmagan bo'lsa.

parhez. Spazmolitiklar, kaltsiy antagonistlari, antiagregantlar, trankvilizatorlar, og'ir darajalarida kaliy saqlovchi diuretiklar, miokardda metabolik jarayonlarni yaxshilovchi preparatlar, B grupp vitaminlar, ganglioblokatorlar, angiotenzin o'zgartiruvchi ferment ingibitorlari tavsiya etiladi.

Parhez davo; kam kaloriyalı dieta (ayniqsa semiz kishilarda);

- a) natriy xlor tuzini istemolini chegaralash (4-6 g/gacha);
 - b) kaliyli va magniyli maxsulotlarni ko'paytirish;
 - c) fizkultura bilan shug'ullanish;
 - d) fizioterapevtik muolajalar (elektroson, tinchlantiruvchi fizioterapevtik muolajalar, Sherbak bo'yicha galvanik yoqa (varatnik) natriy brom bilan, (vannalar-mineral, sulfidli, yodbromli), quruq uglekislotali vannalar.
 - e) zararli omillarni kamaytirish (chekish, ichish va h.k.);
 - j) kaltsiy mikroelementini saqlovchi ovqat maxsulotlarini cheklash;
- girudoterapiya, apiterapiya, aromato va fitoterapiya, speleoterapiya, infraqizil sauna va boshqalar.

Asosiy

Angiotenzin aylantiruvchi fermentlar ingibitorlari (IAPF); Gemodinamik va organoprotektiv effekt-IA

Angiotenzin retseptori blokatorlari II (BRA); IA Gemodinamik va organoprotektiv effekt-IA

Kaltsiy antagonistlari (KA) periferik va koronar tomirlarni kengaytiruvchi, miokardni nagruzkadan keyin kislorodga bo'lgan talabini kamaytiradi IA

Tiazid diuretiklar (TD) qonning umumiy hajmi kamayib yurakka razgruzka bo'ladi

β -adrenoblokatorlar (β -AB) (Nebivalol (Binelol), bisoprolol (konkor), metoprolol suksinat, karvedilol); miokardda kislorodga bo'lgan ehtiyojni kamaytiradi, yurak qisqarish sonini kamaytiradi, homiladorlikda xatarsiz IA

Qoshimcha (Kombinatsiyalangan terapiya tarkibi)

α -adrenoblokatorlar; yurakda umumiy periferik qarshilikni kamayishi (Снижение ОПСС), yurak qon tomir tizimida simpatik tasirni kamaytiradi IA

Imidazolin retseptori antagonistlari. Tomir harakatlantiruvchi markazlarni faolligini pasaytiradi, yurak qon tomir tizimida simpatik tasirni kamaytiradi, sedativ tasir qiladi IA

Angiotenzin aylantiruvchi ferment ingibitorlari klassifikatsiyasi.

Ximik

- 1. Sulfidril saqlovchi preparatlar guruhi (kaptopril, zafenopril).
- 2. Karboksil saqlovchi preparatlar guruhi (enalapril, lizinopril).
- 3. Fosfinil saqlovchi preparatlar guruhi (fozinopril, tseronapril).
- 4. Gidroksal saqlovchi preparatlar guruhi (indrapril).

Farmakokinetik

- 1. Lipofil preparatlar: kaptopril, enalapril.
- 2. Gidrofil preparatlar: lizinopril, tseronapril.
- Tasirini davomiyligi bo'yicha

- 1. Qisqa tasir qiluvchi: kaptopril, metiopril.
- 2. O'rtacha davomli tasir qiluvchi: enalapril, zafenopril.
- 3. Uzoq tasir qiluvchi: perindopril, ramipril.
- **Angiotenzinga aylantiruvchi ferment ingibitorlari (IAPF)**
- **Qarshi ko'rsatma.**
 - - homiladorlik va laktatsiya.
 - - giperkaliemiya (5,5 mmol/l dan ko'p).
 - - buyrak arteriyalarini ikki tomonlama stenozi
 - - surunkali buyrak etishmovchiligi (300 μmol/l dan ko'p).
 - - sezuvchanlikni kuchayishi – arterial gipotoniya
 - - aortal stenoz
- **Nojo'ya tasiri:**
 - Dori moddalarni katta dozada qabul qilganda arterial gipotenziya, buyrak etishmovchiligining chuqurlashishi, giperkaliemiya, quruq yo'tal, nevralogik buzilishlar, angionevrotik shish.

Angiotenzin II ga retseptorlarni qamal qiluvchi

Qarshi ko'rsatma

Homiladorlik va laktatsiya.

Giperkaliemiya

Buyrak arteriyalarini ikki tomonlama stenozi

Nojo'ya tasiri

Bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, ishtahaning pasayishi, charchash, bazan yo'tal.

Kaltsiy antagonistlari

Nojo'ya tasiri

Bosh og'rig'i bilan kechuvchi vazodilatatsiya, yuz terisini qizarishi, yurak urishi, periferik shishlar (nifedipin).

Manfiy inotrop tasir, yurak etishmovchiligini chuqurlashishi

Atrioventrikulyar o'tkazuvchanlikni buzilishi (verapamil, diltiazem)

Dispeptik buzilishlar (ko'ngil aynishi, qabziyat, ichning suyuq o'tishi)

Metabolik buzilishlar

Qarshi ko'rsatma

Atrioventrikulyar qamal II-III daraja (verapamil)

Yurak etishmovchiligi

Kaltsiy antagonistlari klassifikatsiyasi

Ximik strukturasi	I avlod	II avlod II a	II b	III avlod
Digidropiridinlar	Nifedipin	Nifedipin SR/GITS Felodipin ER Isradipin	Felodipin Isradipin Nimodipin Nisoldipin	Amlodipin (koronim) latsidipin
Fenilalkilamin	Verapamil	Verapamil SR		
Benzotiazepinlar	Diltiazem	Diltiazem SR		

Kaltsiy antagonistlari II-III avlodi AG ni doimiy davolashda tavsiya etilgan, hamroh kasalliklarda ham.

Diuretiklar

Tiazid va tiazidopodob	Chigalli (Petlevie)	Kaliy saqllovchi
Gidroxlortiazid, xloralidon, indapamid, klopamid	Furasemid, bumetanid, piretanid	Spironolakton, triamteron, amilorid

Qarshi ko'rsatma

Podagraning og'ir shakllari va qandli diabet (tiazid bdiuretiklar)

Chigalli (Petleviye)-sulfanilamidlarga allergiyada.

Surunkali buyrak etishmovchiligida kaliy saqllovchi preparatlar, giperkaliyemiya, atsidoz.

Angiotenzin aylantiruvchi ferment ingibitorlarini bir vaqtda tavsiya qilganda kaliy saqlovchi diuretiklar katta bo'lmagan dozada berish mumkin.

Nojo'ya tasiri

Bosh og'rig'i, bosh aylanishi, metabolik buzilishlar, giperurikemiya, giperglikemiya, endokrin buzilishlar (veroshpiron).

β adrenoblokatorlar klassifikatsiyasi

I. noselektiv

1. Ichki simpatomimetik aktivligisiz (propranolol, nadolol, sotalol)
2. Ichki simpatomimetik aktivlik bilan (pindalol, trazikor)
3. Tomir kengaytiruvch faollik bilan (karvedilol, labetolol)

II selektiv

1. Ichki simpatomimetik aktivligisiz: atenolol, bisoprolol, metoprolol.
2. Ichki simpatomimetik aktivlik bilan: atsebutolol
3. Tomir kengaytiruvch faollik bilan: nebivolol

β adrenoblokatorlar 1988 yil Uayt Blekomtomonidan yaratilgan

Mutloq qarshi ko'rsatma

Bronxial astma va og'ir obstruktiv nafas yetishmovchiligi

Sinus tuguni bo'shlik sindromi

Atrioventrikulyar qamal II-III daraja

Bradikardiya (50 dan kam)

Arterial gipotenziya (Q/B 100 mm sim.ust past)

Nisbiy qarshi ko'rsatma

Insulinga moyil qandli diabet

12 barmoqli ichak va oshqozon yarasi

Harakatlanuvch oqsoqlik (peremejayushaya xromata)

Nazorat savollari va topshiriqlar.

Test savollarini eching;

Arterial gipertoniya haqida tushuncha bering va uni bosqichlarini aytib bering.

Arterial gipertoniya etiologiyasi, patogenezini aytib bering;

Arterial gipertenziyaga olib keluvchi qanday xavfli omillarni bilasiz;

Arterial gipertoniya tasnifini aytib bering;

Arterial gipertoniya nishon azolarni shikastlanishi to'g'risida tushuncha bering;

Arterial gipertoniyaning klinik simptomlarini aytib bering;

Arterial gipertenziyaning ob'ektiv va sub'ektiv tekshirish malumotlarini ayting;

Arterial gipertenziyada EKG diagnostikasini aytib bering;

Simptomatik gipertoniya haqida tushuncha, etiologiyasi, patogenezini aytib bering;

Buyrak gipertoniyasi to'g'risida malumot bering;

Endokrin gipertoniyasi to'g'risida malumot bering;

Gemodinamik buzilishlar natijasida kelib chiqadigan gipertoniya to'g'risida malumot bering;

Asab tizimi shikastlanishi natijasida kelib chiqadigan gipertoniya to'g'risida malumot bering;

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.

2. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.

3. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b

4. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b

5. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b

6. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b
7. U.B. Sharopov, F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b
8. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 532 b
9. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
10. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
11. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
12. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y
- Qo'shimcha adabiyotlar
13. V.S. Gasilin, P.S. Grigorev, O.N. Mushkin, B.A. Bloxin. Bazi bir ichki kasalliklarning tashxisini klinik klassifikatsiyasi diagnizi formirovkasi. Metodik qo'llanma. Moskva-1995
14. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laborotornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
15. Y.P. Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b
16. M.T. Abramova Gematologicheskij atlas M. Meditsina 1979 y. 320 b
17. A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnoz vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b
18. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988 y. v dvux tomax. 973 b
19. Vuddi M i A. Uedan. "Praktika". Terapevticheskij spravochnik Vashingtonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
20. AbuAli Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
21. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
22. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
23. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D., Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
24. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
25. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru,
www.cardiosite.ru, www.consilium-medicum.ru.

Yurak ritminig buzilishi. Aritmiyalar.

Yurak funktsiyasining buzilishida: avtomatizm, ko'zg'aluvchanlik, o'tkazuvchanlik, qisqaruvchanlik va ulardagi EKG belgil.

Tayanch atamalar: Yurak ritminig buzilishi, extrasistoliya, Galop ritmi (ot dupurish ritmi (revmatizmga qarang)), mitral klapan ochilish toni (bedona ritmi (mitral qopqoq stenoziq qarang)), mayatniksimon ritm (embriokardiya). Aritmiyalar. Bradikardiya, taxikardiya, hilpillovchi aritmiya. Yurak funktsiyasining buzilishida: avtomatizm, ko'zg'aluvchanlik, o'tkazuvchanlik, qisqaruvchanlik, EKG.

Yurak ritminig buzilishi . Aritmiyalar

Yurak faoliyati tezligi va ritmi buzilishining quyidagi shakllari farqlanadi:

Sinus tugunining avtomatizmi izdan chiqsa, sinusli taxikardiya, sinus bradikardiya va sinus aritmiyasi yuzaga keladi.

Yurak mushaklarining ba'zi qismlarida aktiv impuls o'chog'i paydo bo'lganda ektopik aritmiyalar ro'y beradi.

Yurakning o'tkazuvchanlik faoliyati buzilganda turli xil to'siqlar paydo bo'ladi.

Yurakning qo'zga'luvchanlik, o'tkazuvchanlik va qisqaruvchanlik qobiliyati buzilganda tebranma aritmiyalar vujudga keladi.

Yurak sinus tuguni avtomatizminig buzilishi

Bunday aritmiyalarda impulsar ko'payishi (sinus taxikardiya), kamayishi (sinus bradikardiya), gohi ko'payib, gohi kamayishi (sinus aritmiya) hollari kuzatiladi.

Bunday aritmiyalar asosan simpatik nerv sistemasi faoliyati buzilganda kuzatiladi va minutiga 90-120, ba'zan 150-160 martagacha ko'payadi. Sinus taxikardiya ovqatlanganda, jismoniy mehnat qilganda, hayajonlanganda, qo'rqganda, tana harorati ko'tarilganda, yurak mushaklari qisqarganda, yurak qopqoqlari zararlanganda, yurak-tomir yetishmovchiligida, tireotoksikozda, nevroz, anemiya, gipotoniya, infeksiyon kasalliklar va

intoksikatsiyada shuningdek qator farmakologik moddalardan ta'sirlanganda kuzatiladi. Bunda bemorlar tez-tez yurak urishidan shikoyat qiladilar. EKG da esa T-P interval qisqaradi.

Sinus bradikardiyasi

Sinus tugunda ta'sirot kamayishi asosan parasimpatik nerv organlari faoliyati kuchayganidan darak beradi. Sinus tugunining avtomatizmi yurak mushaklari sklerozida, sovuq qotganda susayadi. Yurak bir daqiqada 50-60 marta, goho 30 marta qisqaradi. Tomir urishining pasayishi sog'lom kishilarda, jismoniy ish bilan shug'ullanuvchilarda uchraydi. Sinus bradikardiyasi asosan bosh miya chayqalganda, bosh suyagining ichki bosimi ortganda, miksedema, ichterlama, sariqlik, och qolganda, xinin va digitalis ta'sir qilganda yuz beradi. Bemor tekshirilganda puls kamayganligi, EKGda T-P oraliq uzayadi, goho P-Q (0,2-0,21 sek) uzayadi.

Sinus aritmiya

Bu aritmiya asosan simpatik va parasimpatik nerv organlarida o'zgarishlar paydo bo'lganda kuzatiladi. Bunda asosan odam nafas olganda impuls tezlashib, nafas chiqarganda siyraklashadi.

Ektopik aritmiya

O'tkazuvchanlik organlarining xohlagan yerida, yangi qo'shimcha (geterotrop, ektopik) ta'sirot o'chog'i hosil bo'lganda, yurakning navbatdan tashqari qisqarishi natijasida kuzatiladi, buni ekstrasistoliya deb ataladi. Bunday aritmiya yurak mushaklari qattiq qo'zg'alganda yuzaga keladi.

Ekstrasistolik aritmiya

Muddatdan oldin, navbatdan tashqari vujudga kelgan yurak qisqarishi yurakning ekstrasistolik aritmiyasi deb yuritiladi. Ektopik o'choq o'tkazuvchanlik yurakning xohlagan yerida vujudga kelishi mumkin. Undan keyingi pauza meyoridan ortiq bo'ladi.

Ekstrasistoliya tez-tez uchrab turadigan yurak aritmiyalaridan biri bo'lib, soppa-sog' kishilarda (vagotoniklarda), kashandalarda, achchiq choy, kofe ichilganda, qorin bo'shlig'i kasalliklarida, yurak mushaklari yallig'langanda va distrofik o'zgarishlarda, yurak mushaklarida qon aylanishi buzilganda, tireotoksikoz, klimaksda yuzaga keladi. Bemor goho yuragi qattiq urganini, goho go'yo to'xtab qolganini aytadi. Bunda eshitib ko'rilganda yurak navbatdan tashqari qisqarganini, I ton kuchayganini eshitish mumkin. EKGda: a) navbatdan tashqari yurak qisqarishi, b) ekstrasistolik qisqarishdan so'ng, keyingi R tishcha orasi uzoq bo'ladi. Ekstrasistoliya qayerda hosil bo'lganiga qarab:

- bo'lmachali

- atrioventrikulyar: Birinchi impuls qorinchalarga o'tib, keyin bo'lmachalarga o'tadi. EKGda oldin qorinchalar kompleksi va keyin manfiy bo'lmachalar kompleksi qayd qilinadi.

- umumiy supraventrikulyar

- chap va o'ng qorinchali ekstrasistoliya

Bo'lmachali ekstrasistoliyada bo'lmachada qo'zg'alish yo'qolib, impuls sinus tugunida hosil bo'lmaydi. EKGda R-tish saqlanadi, lekin birmuncha o'zgaradi va oldingi T-tish ustiga tushadi, qorincha qompleksi normada bo'ladi: T-P interval uzayadi.

Atrioventrikulyar ekstrasistoliyada impuls Ashof-Tovar tugunida qarama-qarshi (pastga va yuqoriga) tarqaladi. EKG a) yurak kompleksi navbatdan tashqari bo'ladi; b) ekstrasistoliya bilan normal yurak qisqarishi orasidagi tanaffus uzayadi; c) P-tish manfiy bo'ladi yoki yo'qolib ketadi.

Qorinchalar ekstrasistoliyasi EKGda quyidagicha ifodalanadi;

- qorinchalar qisqarishi navbatdan tashqari paydo bo'ladi;

- P-tish yo'qoladi;

- QRS kompleksi o'zgaradi va uzayadi

- T-tish shakli ham, hajmi ham o'zgaradi.

Ektopik o'choq hosil bo'lishiga qarab, ekstrasistoliya;

Bigeminiya 1 meyorda qisqarib 1 ektopik o'choq hosil bo'ladi va ekstrasistoliya qayd qilinadi.

Trigeminiya 2 meyorda qisqarib 1 ektopik o'choq hosil bo'ladi va ekstrasistoliya qayd qilinadi.

Kvadrigeminiya 3 meyorda qisqarib 1 ektopik o'choq hosil bo'ladi va ekstrasistoliya qayd qilinadi.

Avtomatizm buzilishi hisobiga kelib chiqqan aritmiya.

Sinusli taxikardiya minutiga 100 martadan ko'p yurak qisqarishi vujudga keladi. Bu har xil tashqi tasirotlar tasirida sinus tugunda va ekstrakardial nervlar tasirlanishi natijasida yuzaga keladi. Sinusli taxikardiya

emotsional asabiylashganda, jismoniy zoriqishda, isitmalashda, tireotoksikozda, anemiyada, yurak etishmovchiligida, bazi bir dori moddalar tasiri ostida vujudga keladi.

Paraksizmal taxikardiya

Bunda yurak birdan tezlashadi va minutiga 180-240 martagacha qisqarishi mumkin. Paroksizmal taxikardiya xuruji bo'lib, bir necha sekunddan bir necha kungacha davom etadi va birdan to'xtaydi. Aritmiyada sinus tugunidan impulslar chiqmasdan, balki geterotrop o'choqda paydo bo'ladi. Bu dard asabi tez buziladigan kishilarda va og'ir yurak kasalliklarida uchraydi. Bemorlar yuragi tez-tez urishidan, to'sh ortidagi qisilishlardan, quvvatsizlikdan shikoyat qiladi. Ko'zdan kechirilganda rangi oqarganligi, lablarining ko'karganligini ko'rish mumkin.

Mayatniksimon ritm-yurak qisqarish soni ko'payishi hisobiga sistolik hamda diastolik pauza orasidagi farq deyarli bo'lmaydi, I ton va II ton orasidagi pauza bir xil bo'ladi (isitmalashda, tireotoksikozda), **embriokardiya** bolalarda, asosan chaqaloqlarda kuzatiladi, bularda ham I ton va II ton orasidagi pauza deyarli bir xil bo'ladi.

O'tkazuvchanlikning buzilishi natijasida kuzatiladigan aritmiyalar Impulsar o'tishining buzilishiga qamal (blokada) deyiladi. Qamallar yurakning o'tkazuvchan sistemasining har qanday qismida hosil bo'lishi mumkin. Yurak qamallari quyidagicha bo'ladi: sinaurikulyar, bunda vaqti-vaqti bilan impuls sinus tugunida ushlanib qoladi, bo'lmachalarga tarqalmaydi: bo'lmacha ichi qamalida bo'lmacha mushaklari bo'ylab impuls tarqalishi buziladi. Atrioventrikulyar qamalda impulsar bo'lmachadan qorinchalarga o'tmaydi. Bo'lmachalar kompleksi bilan qorinchalar kompleksi orasidagi masofa uzayib ketaveradi va oxiri bir kompleks tushib qoladi. Atrioventrikulyar qamalning II darajasi farq qilinadi. Qorincha ichi qamalida impulsarning Giss tutami va tolalari bo'ylab o'tishi buziladi. Giss tutami o'ng yoki chap oyoqchasida qamal bo'lishiga qarab EKGda o'zgarish bo'ladi. Qamallar asosan mushak infarktida, bod kasalligi, miokarditlar va kardiosklerozda kuzatiladi. O'tkazuvchanlikning buzilishi ko'pincha yurak toj arteriyasida qon aylanishining buzilishi natijasida keladi. To'siqlar vaqtincha va doimo o'tadigan bo'lishi mumkin.

Qorinchalar va bo'lmachalarning titrashi va tebranma aritmiya

Bu xildagi aritmiya yurak mushaklari nihoyatda kuchli qo'zg'alganda va bir yo'la o'tkazuvchanlik buzilganda vujudga keladi. Bunda sinus tuguni o'zining boshqarish vazifasini yo'qotadi, bo'lmachalar miokardida ko'p ektopik qo'zg'alish o'choqlari paydo bo'lib, ular minutiga 400-600 martagacha impuls beradi. Bu impulsarning o'tishi qiyin bo'lganligi uchun bo'lmachalarga tarqalmaydi va ularning har biri mushak tolalarining qisqarishiga olib keladi. Shu sababli to'liq sistola o'rniga bo'lmachalarning fibrillar qisqarishi vujudga keladi. Qorinchaga Ashoff-Tovar tuguni orqali impulsarning bir qismi o'tadi, xolos. Shuning uchun qorinchalar turli vaqtda maromsiz va har xil kuchda qisqaradi. Ashoff-Tovar tugunining o'tkazuvchanligiga qarab aritmiya:

taxiaritmiya (1 min.da 120-160 ta)

bradiaritmia (1 min.da 60-80 marta) ga bo'linadi.

Tebranma aritmiyada EKG da quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi:

- a) P tishi yo'qoladi
- b) bo'lmachalar titrashi, ko'p sonli mayda tolalar tebranishi f harfi bilan belgilanadi.
- c) Qorinchalar kompleksi har xil vaqtda unchalik o'zgarmagan bo'ladi.

Bo'lmachalar titrashi

Bu xildagi yurak maromining buzilishi tebranma aritmiyaning kelib chiqishiga o'xshab ketadi. Titroq aritmiyasida bo'lmachada hosil bo'ladigan impuls minutiga 250-300 martadan oshmaydi va ularning Ashoff-Tovar tugunidan o'tishi ko'pincha ritmik bo'ladi. Bo'lmachadagi impulsarning 2, 3, 4 tasi qisman atrioventrikulyar qamal bo'lganligi uchun qorinchalarga o'tadi. EKGda me'yordagi P tishi o'rniga baland to'lqinlarning har biri qorincha kompleksidan oldin Ashoff-Tovar tugunidan o'tgan impulsarga bog'liq bo'ladi.

Qorinchalarning tebranishi va titrashi.

Bu xildagi aritmiya yurakning xavfli aritmiyasi hisoblanadi. Bunda yurak mushaklari alohida-alohida qisqarishi sababli gemodinamika tezda o'zgarib, o'limga olib keladi. EKGda tartibsiz, o'zgargan tishlarning ajratib bo'lmaydigan kompleksini kuzatiladi.

Davolash; dieta K, Mg mikroelementlarga boy maxsulotlar (o'rik, mayiz, kartoshka) ko'proq istemol qilish tavsiya qilinadi.

NaCl tuzini cheklash, Ca mikroelementini cheklash (sut maxsulotlari).

Atsetilsalitsil kislotasiga boy maxsulotlarni istemol qilish kerak (sitrusli mevalar).

1. Antiaritmik preparatlar, membranostabilizatorlar (xinidin; novokainamid; aymalin; lidokain; β -adrenoretseptor blokatorlari-anaprilin; obzidan; inderal).
 2. Kaltsiy antagonistlari (izoptin; finoptin; verapamil);
 3. Kaliy preparatlari (panangin, asparkam, kaliy orotat, kaliy xlor);
 4. Metabolik jarayonlarni yaxshilash uchun (kokorboksilaza, riboxin, mildronat, ripronat);
 5. Sedativ tasir qiluvchi (brom, bromkamfora, valeriana);
 6. Qon bosimini ko'tarish uchun (noradrenalin);
 7. Vagotrop tasir qiluvchi dorilar (atropin, bellataminal, belloid);
- Atrioventrikulyar qamal bo'lganda β -adrenostimulyatorlar (izadrin, izuprel, izoproteronol, atenolol, lizinopril, berlipril);

Testlar

1. Aortal parokda xos belgilarini ko'rsating? 1). Teri rangi ko'kimtir, oqimtir, oyoqlarda shish. 2). Barmoqlar baraban tayoqchasimon, teri rangi oqimtir lab rangi ko'kimtir. 3). Terisida toshmalar bor, rangpar, lablari, quloq, burunlari ko'kimtir. 4). Teri rangpar, lab, burun, ko'kimtir,

- a) 1,3;
- b) 2,4;
- v) 2,3;
- g) 3,4.

2. Mushuk xirillash simptomi palpatsiyada seziladi? 1). Mitral klapan stenozi, aortal klapan yetishmovchiligida. 2). Aortal klapan stenozi, va o'pka stvoli yetishmovchiligida. 3). 2 tabaqali klapan stenozi, va 3 tabaqali klapan stenozida.4). Mitral klapan stenozida.

- a) 1 va 3;
- b) 2 va 3;
- v) 3 va 4;
- g) 2 va 4.

3. Yurak sohasini palpatsiya qilganda aniqlanadi? 1). Yurak turtkisi, do'ngligi, turtki rezistentligi vena pulsatsiyasi. 2). Aorta pulsatsiyasi, yurak turtkisi, turtki kengligi, yurak gipertrofiyasi. 3). Yurak turtkisi balandligi, kengligi, rezistentligi. 4). Yurak turtkisi kuchi balandligi.

- a) 1-3;
- b) 2-3;
- v) 1-4;
- g) 3-4.

4. Mitral klapan stenozida auskultativ o'zgarish ko'rsating. 1). Mitral klapan proyeksiyasida diastolik shovqin. Bedona sayrash ritmi. 2). Mitral klapan proyeksiyasida sistolik shovqin. Bedona sayrash ritmi. 3). I ton susayishi va diastolik shovqin mitral klapanproyeksiyasida. 4). Diastolik shovqin va I ton kuchayishi mitral klapan proyeksiyasida .

- a) 1-4;
- b) 2-3;
- v) 1-3;
- g) 1-2.

5. Gallop ritmi eshitiladi? 1). Mitral klapan stenozi va I-II ton kuchayishida. 2). III ton yoki IV ton kuchayishi va I-II ton susayishi. 3). I ton kuchayishi va III-IVton susayishi. 4). III ton kuchayishi va I ton, II ton susayishi.

- a) 2-4;
- b) 1-3;
- v) 2-3;
- g) 1-4.

6. Aortal klapan yetishmovchiligida auskultativ o'zgarishlar? 1). Travbening qo'shaloq toni, aorta proyeksiyasida diastolik shovqin. 2). Travbening qo'shaloq toni, aorta klapan proyeksiyasida sistolik shovqin. 3). Mitral klapanproyeksiyasida sistolik shovqin va II ton aorta proyeksiyasida susayishi. 4). Travbening qo'shaloq toni, II ton aortada susayishi.

- a) 2-3.
- b) 1-3;

v)1-2;

g) 1-4;

7. Mitral klapan stenozidagi xos belgilarini ko'rsating? 1). Qo'l oyoqlarda va o'pkada shish. 2). O'pkada shish, chap bo'lmacha gipertrofiyasi. 3). Qornida shish va chap bo'lmacha gipertrofiyasi. 4). Lab burun, oyoqlarning ko'karishi, chap bo'lmacha gipertrofiyasi.

a) 1-2;

b) 1-3;

v) 2-4;

g) -2-3.

8. Yurak sohasini ko'zdan kechirganda ko'riladigan o'zgarishlarni ko'rsating? 1). Aorta dugasi pulsatsiyasi 2 qovurg'a oralig'i o'ngda, yurak turtkisi, yurak do'ngligi. 2). O'ng qorincha pulsatsiyasi 3-4 qovurg'a orasida o'ngda. 3). Yurak do'ngligi va III-IV qovurg'a orasidagi pulsatsiya chapda. 4). Bo'yin tomirlari(uyqu arteriyasi)pulsatsiyasi va yurak do'ngligi.

a) 1-3,4;

b) 1-2;

v)1-4;

g) 2-3-4.

9. Chap qorincha gipertrofiyasida yurak turtkisi? 1). Yuqoriga va chapga siljiydi. 2). Chapga va pastga siljiydi. 3). Pastga va o'nga siljiydi. 4). Yurak turtkisi razmeri kengayadi.

a) 1-2;

b) 2-4;

v)1-3;

g) 3-4.

10. Yurak astmasi sababini ko'rsating? 1). III tabaqali va II tabaqali klapan stenoz. 2).II tabaqali klapan stenoz. 3). III tabaqali klapan stenoz va mitral klapan trombozi. 4). Mitral klapan trombozi.

a) 2-3;

b) 1-2;

v)- 2-4;

g) 1-4.

11. Yuqori kovak vena qisilishida bo'ladi? 1).Bo'yin, yuz sohasida shish. 2). Yuzi va qorinda shish. 3). Yuz,oyoq, bo'yin va ko'krak sohasida shish. 4). Yelkada shish. Stoks yoqasi (voratnik).

a) 1-4;

b) 2-3;

v)1-2;

g) 1-3.

12. Quyidagi kasalliklarning qaysi birida anasarka kuzatiladi? 1). IIIItabaqali klapan yetishmovchiligida. 2). III tabaqali klapan stenozida. 3). Surunkali glomerulonefrit, surunkali yurak yetishmovchiligi. 4). Yurak kasalligida.

a) 1-2;

b) 1-3;

v)2-3;

g) 2-4.

13. Yurak do'ngligi rivojlanadi? 1). Tug'ma mitral klapan stenozida. 2). Tug'ma II-III tabaqali klapanlar yetishmovchiligida. 3). III tabaqali klapan stenozida. 4). Tug'ma mitral klapan yetishmovchiligida.

a) 3-4.

b) 2-3;

v)2-4;

g)1-2;

14. Mitral klapan stenozida I ton: 1). Sust va ikkilangan. 2). Kuchaygan va ikkilangan. 3). II ton kuchaygan va I ton ikkilangan. 4). Mitral klapan proyeksiyasida I ton ikkilangan.

a) 2-4.

b) 2-3;

v)3-4;

g) 1-2;

15. I ton komponentlarini ko'rsating? 1). Mushak komponenti, bo'lmacha komponenti. 2). o'pka stvoli qopqog'i, aorta klapani komponenti. 3). Mitral qopqoq komponenti, tomir komponenti, 4). Tomir komponenti, o'pka stvoli qopqog'i komponenti.

a) 2-3;

b) 1-3;

v) 1-4;

g) 3-4.

16. Bedona sayrash ritmi qaysi patologik jarayonda yuzaga keladi? 1). II tabaqali klapan yetishmovchiligi sistola paytida. 2). II tabaqali klapan stenozida qorincha diastolasida. 3). III tabaqali klapan yetishmovchiligi diastolasida. 4). III tabaqali klapan stenozida qorincha diastolasida.

a) 2-3;

b) 1-3;

v) 2-4.

g) 1-2;

17. III ton hosil bo'ladi? 1). Bo'lmachalar sistolasi va qorinchalar diastolasi boshida. 2). Bo'lmachalar diastolasi va qorinchalar sistolasi. 3). Yurak mushaklarining muddatidan oldin qisqarishida. 4). Qorinchalar diastolasi boshlanishida.

a) 1-4;

b) 1-3;

v) 1-2;

g) 2-4.

18. Mitral klapan yetishmovchiligida auskultativ o'zgarishlarni ko'rsating? 1). I ton susayadi va II ton kuchayadi. 2). I ton susayadi. 3). Sistolik shovqin mitral klapan proyeksiyasida. 4). Diastolik shovqin mitral klapan proyeksiyasida.

a) 2-4;

b) 1-2;

v) 2-3;

g) 1-4.

19. Mitral klapan stenozida auskultativ o'zgarishlarini ko'rsating? 1). Diastolik shovqin mitral klapan proyeksiyasida. 2). Sistolik shovqin mitral klapan proyeksiyasida. 3). Mitral klapan ochilish toni eshitiladi. 4). Bedona sayrash ritmi eshitiladi.

a) 1-3-4.

b) 2-3-4;

v) 1-2-4;

g) 1-2-3;

20. III tabaqali klapan stenozida auskultativ eshitiladi? 1). II qovurg'a oralig'ida o'ng tomonda diastolik shovqin. 2). II qovurg'a oralig'ida o'ng tomonda sistolik shovqin. 3). Xanjarsimon o'simta asosida diastolik shovqin. 4). Xanjarsimon o'simta asosida I ton kuchayishi.

a) 2-4;

b) 1-2;

v) 2-3;

g) 3-4.

21. III tabaqali klapan yetishmovchiligida auskultativ o'zgarishlarni ko'rsating? 1). Sistolik shovqin xanjarsimon o'simta asosida. 2). I ton xanjarsimon o'simta asosida susaygan. 3). Diastolik shovqin xanjarsimon o'simta asosida. 4). I ton xanjarsimon o'simta asosida kuchaygan.

a) 2-3;

b) 3-4;

v) 1-2;

g) 1-4.

22. Yurak sohasi perkussiyasida aniqlanadi? 1). Tomirlar kuchi yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasi, yurak mutloq to'mtoqlik chegarasi. 2). Tomir tutamini va yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasi. 3). Yurak mutloq

to'ntoqlik chegarasi, yurak nisbiy to'ntoqlik chegarasini o'zgarishi. 4). Yurak do'ngligi pulsatsiya va yurak to'ntoqlik chegarasini o'zgarishi.

- a) 1-2;
- b) 2-3;
- v) 3-4;
- g) 2-3-4.

23. I ton susayadi ... yurak uchida? 1). Mitral klapan yetishmovchiligida. 2). O'pka sitvoli klapani yetishmovchiligida. 3). Mitral klapan stenozida. 4). Aortaklapan yetishmovchiligida.

- a) 1-4.
- b) 2-3;
- v) 3-4;
- g) 1-2;

24. I ton susayadi xanjarsimon o'simta asosida? 1). III tabaqali klapan yetishmovchiligida. 2). O'pka sitvoli klapani yetishmovchiligida. 3). Mitral klapan yetishmovchiligida. 4). Aortal klapan yetishmovchiligida.

- a) 1-2;
- b) 1-3;
- v) 1-4;
- g) 2-3.

25. Yurak cho'qqisida I ton susayadi? 1). Aortal klapan stenozida, kardeosklerozda. 2). Ekstrasistoliyada mitral klapan stenozida. 3). Miokardning diffuz o'zgarishida (miokardit, kardeoskleroz, distrofiya). 4). Hamma javob to'g'ri.

- a) 1-2;
- b) 1-3;
- v) 1-4;
- g) 1-3.

26. Yurak cho'qqisida I ton kuchayadi? 1). Mitral klapan yetishmovchiligida. 2). Mitral klapan stenozida. 3). Qonning chap bo'lmachadan, chap qorinchaga kam o'tishi natijasida. 4). Qonning chap bo'lmachadan, chap qorinchaga ko'p o'tishi natijasida.

- a) 1-4;
- b) 1-2;
- v) 1-3;
- g) 2-3.

27. Xanjarsimon o'simta asosida I ton kuchayadi? 1). III tabaqali klapan stenozida. 2). III tabaqali klapan yetishmovchiligida. 3). Ekstrasistoliyada qorinchaning qon bilan kam to'lishida. 4). Ekstrasistoliyada qorinchaning qon bilan ko'p to'lishida.

- a) 2-4.
- b) 1-2;
- v) 1-4;
- g) 1-3;

28. Aortada II ton susayadi? 1). Aorta klapan yetishmovchiligida. 2). Mitral klapan yetishmovchiligida. 3). Arterial qon bosimining pasayishida. 4). Arterial qon bosimining ko'tarilishida.

- a) 1-2.
- b) 2-3;
- v) 3-4;
- g) 1-3;

29. Aortada II ton kuchayadi? 1). Ruhiy qo'zg'alishda, Aortal klapan yetishmovchiligida. 2). Gipertoniya kasalligida, og'ir fizik nagruzkada, Ruhiy qo'zg'alishda. 3). Mitral klapan yetishmovchiligida, og'ir fizik nagruzkada. 4). Qon bosimi ta'sirida Aortal klapaning qattiq yopilishida.

- a) 2-4;
- b) 1-4;
- v) 3-4;
- g) 1-3.

30. O'pka sitvolida II ton aksenti yuzaga keladi? 1). Kichik qon aylanish doirasida qon bosimining oshishida mitral stenozida. 2). O'pkada qon aylanishining qiyinlashishida (emfizema, pnevmosklerozda). 3). Katta qon aylanish doirasida qon bosimining oshishida. 4). III tabaqali va II tabaqali klapanlar yetishmovchiliklarida.

- a) 1-2;
- b) 1-3;
- v) 1-4;
- g) 2-3.

31. Kardiogen shokda birinchi navbatda beriladi?

- a) Kortiko steroidlar
- b) Yurak glikozidlari
- v) Siydik xaydovchilar
- g) Narkotik analgetiklar

32. Kardiogen shokda tomirlar tonusini oshiradi:

- a) Vikasol
- b) Eufillin
- v) Mezaton
- g) Srofantin K

33. Revmatik jaraen aktivligini tasdiqlovchi laboratoriya ko'rsatkichlariga kirmaydi:

- a) Albuminlar miqdorining oshishi
- b) Fibrinogen miqdorining oshishi
- v) EChTning tezlashishi
- g) Eritrotsitoz

34. Revmatik kardit bu:

- a) Betta gemolitik streptokokk 12 tip
- b) Streptokokklar chaqirgan infeksiyon kasallik
- v) Virus chaqirgan kasallik
- g) Pnevmonokokk

35. Revmatik poliartritni davolashda effektli preparat qaysi hisoblanadi:

- a) Hammasi to'g'ri
- b) Brufen
- v) Loksidol
- g) Klodifen

36. Revmatizm porok bilan asoratlanganda qo'llaniladigan asosiy usul:

- a) Bioximik tekshirish
- b) EKG
- v) FKG
- g) Tomografiya

37. Revmatizm albumino - globulin koeffitsient:

- a) Nisbattan oshadi
- b) Hammasi
- v) Kamayadi
- g) O'zgarmaydi

38. Revmatizmning asosiy diagnostik mezonlariga kirmaydi

- a) Poliartalgia
- b) Revmatik tuguncha
- v) Halqasimon eritema
- g) Artrit

39. Revmatizmning asosiy morfologik belgisi bo'lib hisoblanadi:

- a) Skleroz
- b) Ashoff - Tolalaev tugunchasi
- v) Flebit
- g) Fibrinoz yallig'lanish

40. Regurgitatsio bu

- a) Qonning orqaga qaytishi
- b) Organga oqishi
- v) Aylanma harakati
- g) Qonning sekin harakati

41. Kollaps bu

- a) O'tkir tomir yetishmovchiligi
- b) Kamqonlik
- v) Rangparlik
- g) Yurak etishmovchiligi

Yurak qon tomir tizimidan muammoli masalalar

1-masala

Bemor M. 18 yoshda, jinsi ayol, kollejda tibbiy ko'rik vaqtida holsizlik, tez charchash, hansirashga shikoyat qildi va auskultatsiya qilinganda o'ng tomonda II qovurg'a oraliqida sistolik shovqin eshitildi, EKGda chap qorincha gipertrofiyasi belgilari namoyon bo'ldi.

Qanday nuqsonligini aytib bering.

Ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Perkutor o'zgarishlarini aytib bering.

2-masala

Bemor K. 6 yoshda, maktab borishdan oldin tibbiy ko'rik o'tkazildi. Bola qabulga olib kelinganda diffuz tsianoz borligi aniqlanib, auskultatsiya qilindi va to'sh suyagidan chapda V qovurg'a oraliqida sistolik shovqin eshitildi.

Bemorda qanday nuqson, fikringiz.

Palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borilishi zarur va qanday o'zgarishlar kutish mumkin.

3- masala

Bemor A. 23 yoshda, jinsi ayol, vrach qabuliga kelganda bosh og'riqi, holsizlik, tez charchash, jismoniy ishlaganda hansirashga shikoyat qildi va anamnezida revmatizm o'tkazganligi aniq bo'ldi. Fizikal tekshiruvda- auskultatsiya qilinganda yurak asosida va Botkin-Erb nuqtasida bir xilda diastolik shovqin eshitildi.

Bu qanday nuqson, fikringiz.

Bemorni ob'ektiv ko'zdan kechirganda qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin.

EKGda qanday o'zgarish kutilishi mumkin.

4-masala

Bemor S. 6 yoshda, qiz bola, bog'chaga boradi. Vrach profilaktik ko'rik vaqtida bolaga gipotrofiya borligini aniqlab, bolani auskultatsiya qilishga haror qilib to'sh suyagidan chapda II qovurg'a oraliqida sistola va diastola vaqtida shovqin borligini aniqladi.

Qanday nuqsonligini ayting.

Bemor ob'ektiv tekshirilganida qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin.

Elektrokardiografiyadagi o'zgarishlarini aytib bering.

5- masala

Bemor M. 15 yoshda, qiz bola, vrach tomonidan ko'rikdan o'tkazilganda o'zini tengdoshlariga nisbatan o'sishdan orqada qolganligi va diffuz tsianoz borligi aniqlandi. Vrach bolani auskultatsiya qilganda to'sh suyagining chap tomonida II qovurg'a oraliq'ida sistolik shovqin eshitilganligini aniqladi.

Bolada qanday nuqson borligini aytib bering.

Fonokardiografiyadagi o'zgarishlarini aytib bering.

EKGdagi o'zgarishlarini aytib bering.

6- masala

Bemor O. 16 yoshda, qiz bola, maktab vrachi tomonidan tibbiy ko'rik o'tkazilganda hansirab turganligi aniqlandi. Vrach bemorni auskultatsiya qilganda yurak cho'qqisida diastolik shovqin va 3 tarkibli ton (bedana ritmi) musiqasi eshitildi.

Bu qanday nuqson aytib bering.

Bemorda yurak sohasi palpatsiya qilinganida qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin.

FKGdagi o'zgarishlarini aytib bering.

7- masala

Bemor N. 17 yoshda, qiz bola, tibbiy ko'rik vaqtida tengdoshlaridan orqada qolganligi aniqlandi va auskultatsiya qilganimizda yurak cho'qqisida diastolik shovqin borligi va I ton kuchayganligi aniqlandi, EKGda chap bo'lmacha va o'ng qorincha gipertrofiyasi aniqlandi.

Bemorda qanday nuqson bor.

Bemorning asosiy shikoyatlarini aytib bering.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.

8- masala

Bemor 5 yoshda, qiz bola, o'sishda o'z tengdoshlariga nisbatan orqada qolganligi aniqlandi va ko'zdan kechirilganda teri qoplami oqimtir, qo'l va oyoq barmoqlari ko'kimtir rangdaligi aniqlandi. Bemorni auskultatsiya o'tkazilganda to'sh suyagidan o'ngda II qovurg'a oraliqida sistolik shovqin eshitildi va o'mrov osti hamda uyqu arteriyasiga uzatilishi aniqlandi.

Qanday nuqsonligini aytib bering.

Bemorlarni asosiy shikoyatlarini ayting.

Perkutor o'zgarishlarni aytib bering.

EKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.

9- masala

Bemor V. 25 yoshda, jinsi ayol, turmushga chiqqandan so'ng, ozgina jismonan ishlaganda hansiray boshladi va vrachga murojaat qildi. Vrach so'rab surishtirilgandan so'ng auskultatsiya qilib ko'rilganda yurak cho'qqisida V qovurg'a oraliqida I ton kuchaygan va mitral klapan ochilish toni hamda diastolik shovqin borligini aniqladi.

Bemorda qanday nuqson bor.

Perkutor o'zgarishlarini ayting.

Bemor auskultatsiya qilinganda qanday o'zgarishlar eshitiladi.

EKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.

10- masala

Bemor D. 31 yoshda, anamnezida yoshligida revmatizm o'tkazganligi aniqlandi. Vrach tomonidan tibbiy ko'rik vaqtida ko'zdan kechirilganda bo'yin tomirlari pulsatsiyasi, boshning chayqalishi (Myusse simptom) ni musbatligi, auskultatsiyada I ton yurak cho'qqisida va II ton aortada susayganligi aniqlandi.

Qanday nuqsonligini aytib bering.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni aytib bering.

EKG va FKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.

11- masala

Bemor K. 34 yoshda jinsi erkak, dispanser nazoratida turadi, ko'p yildan buyon yuqori qon bosimi bilan yurishini, boshi vaqt-vaqti bilan og'rib turishi, ba'zanda qulog'ida shovqin paydo bo'lishini vrachga aytdi va ko'zdan kechirilganda tarqoq yurak cho'qqi zarbi va uni chapga siljiganligi ko'zga tashlandi.

Perkutor va auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.

Pulsdagi o'zgarishlar qanday.

EKGda qanday o'zgarish bo'lishi mumkin va yurakdagi o'zgarishni ayting.

FKGdagi o'zgarishlarni aytib bering.

12- masala

Bemor R. 57 yoshda, kasbi haydovchi. Vrach qabuliga kelganda uni ko'zdan kechirildi va chakka sohasi giperemiyasi hamda chakka arteriyasi pulsatsiyasi ko'zga tashlandi va auskultatsiyada ikkinchi qovurg'a orasida to'sh suyagidan o'ngda ikkinchi ton aktsenti hamda sistolik shovqin, I ton yurak cho'qqisida susayganligi aniqlandi.

Bemorning taxminiy diagnozini ayting.

Palpator va perkutor tekshirganda qanday o'zgarishlarni kutish mumkin.

Bu kasallik necha bosqichdan iborat.

13- masala

Bemor 27 yoshda. Jinsi ayol. Vrach qabuliga kelganda ko'krak qafasida kuchli o'tkir og'riq borligi va bu og'riqning umurtqa pog'onasi bo'ylab berilishiga hamda keyinchalik aorta bo'ylab pastga qoriga tarqalishiga shikoyat qiladi.

Og'riq qaysi kasallik uchun xos.

Palpator va auskultativ o'zgarishlarini aytib bering.

Kasallikni tashxislash uchun qanday tekshiruvlar olib borilishi zarur.

14- masala

Bemor P. 30 yoshda, jinsi erkak, vrach qabuliga kelganda holsizlikka, ish qobiliyatini pasayishiga, hansirashga shikoyat qiladi va bemor ko'zdan kechirilganida teri osti yog' qatlamlari sust rivojlanganligi aniqlandi. Bemorni auskultatsiyasida son arteriyasida Traubening qo'shaloq toni va Vinogradov – Dyurozning qo'shaloq shovqini eshitildi.

Qanday nuqsonligini aytib bering.

Bu bemorlarni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Rentgenografiyadagi o'zgarishlarini aytib bering.

15- masala

Bemor O. 13 yoshda, qiz bola. Maktab o'quvchisi. Tibbiy ko'rik vaqtida bemorga auskultatsiya qilinganida yurak uchida uch ritmli ton va tush suyagidan chapda to'rtinchi beshinchi qovurg'a oralig'ida diastolik shovqin, yurak cho'qqisida birinchi ton kuchayganligi va o'pka stvolida ikkinchi ton susayganligi aniqlandi.

Bu bemorda qanday nuqson borligini ayting.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkinligini aytib bering.

EKG dagi o'zgarishlarini aytib bering.

16-masala

Bemor Sh. 34 yoshda. Jinsi erkak. Vrach qabuliga murojaat qilganda so'rab surishtirilganda yurak sohasida og'riq borligi, hansirash, tana harorati ko'tarilishi, disfagiya va hiqillash bezovta qilishini aytdi va ko'zdan kechirilganda bemorda Stoks yokasi borligi ya'ni bo'yin, elka, ko'krak qafasining yuqori qismida shish borligi aniqlandi.

Bu bemorga qanday tashxis qo'yish mumkin.

Shish rivojlanish mexanizmini ayting.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarish kuzatiladi.

Palpator o'zgarishlarni aytib bering.

Rentgenologik o'zgarishlarini ayting.

17-masala

Bemor X. 49 yoshda, jinsi erkak, vrach qabuliga kelganda so'rab surishtirildi, gipertoniya kasalligi bilan bir necha yildan buyon kasal ekanligi aniqlandi va bemorda epigastral sohasida kuchli og'riq, hansirash, nafas etishmovchiligi bezovta qilishini aytdi, bemor ko'zdan kechirilganda lablari ko'kargan va sovuq ter bosganligi aniqlandi. Bemorni instrumental tekshirilib Q tishchasi 0,3 S dan kattalashgan hamda chuqurlashganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechirganda va pulsini tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Bemorni EKGsida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Bemorning qon tahlilida qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

18- masala

Bemor S. 63 yoshda, jinsi erkak, pensioner. Vrach qabuliga kelganda shikoyatlari nafas etishmovchiligi, hansirash, charchash bezovta qilishi va ob'ektiv tsianoz borligi aniqlandi. Bemorda EKG qilindi. EKGda ST segment izoliniyadan ko'tarilgan va Q tishchasi 0,3 S dan kattalashgan hamda chuqurlashgan, R va T amplitudasi pasaygan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorning asosiy shikoyatlarini ayting va ko'zdan kechiring.

Bemor qon bosimida va pulsida qanday o'zgarish bo'lishini ayting.

19- masala

Bemor S. 53 yoshda, jinsi erkak. Ishsiz. Vrach qabuliga kelganda so'rab surishtirilganda yurak sohasida sanchiqli og'riq, ba'zan qulog'ida shovqin borligi bezovta qilib turishi, ob'ektiv yurak cho'qqi zarbi qattiq hamda chapga va yuqoriga siljiganligi, yuzi va chakka sohalari qizarganligi va qon bosimi o'lchandi 185/115 mm sim. ust. tengligi aniqlandi. Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorning asosiy shikoyatlarini sanab o'ting.

Auskultativ hamda pulsdagi o'zgarishlarni ayting.

EKG da qanday o'zgarish ko'rish mumkin.

20 - masala

Bemor 56 yoshda, vrach qabuliga murojaat qilganda to'sh suyagi ostida gijimlovchi, ba'zan sanchuvchan og'riq va og'riqning fizik nagruzkadan so'ng paydo bo'lishi va bu og'riq 15-20 minut davom etishi, chap bo'yin, elka, qo'lga, kurak sohasiga berilishi, yurak urishi, hansirashga shikoyat qildi, og'riq biroz dam olsa yoki nitroglitserin preparatlaridan qabul qilsa qoladi. EKGda yurak urish tezligi 88 ta, R amplitudasi pasaygan, S-T segment izoliniyadan 2 mm ko'tarilgan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Kasallik etiologiyasi va sababini aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruv olib borish ma'qul.

21 – masala

Bemor 47 yoshda, jinsi erkak, so'rab surishtirilganda yurak urishi, hansirash, holsizlik bezovta qilishini aytdi va yurak kasalliklari bilan ko'pdan buyon dispanser nazoratida turishi aniqlandi. Vrach ko'zdan kechirganda bemorning yuzlarida giperemiya borligi aniqlandi va auskultatsiya qilindi. Auskultatsiyada I tonning kuchayganini va tezlashganini ya'ni mayatniksimon ritm (embriokardiya) eshitildi.

Bemorga qanday tashxis qo'yish mumkin.

Perkutor o'zgarishlarni ayting.

EKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.

22 – masala

Bemor vrach qabuliga kelganda hansirash, yo'tal va yo'talganda ko'piksimon qon aralash balg'am chiqishi, nafas siqilishi ya'ni nafas olishning qiyinligi, nafas etishmovchiligi bezovta qilishini takidladi. Bemorni ko'zdan kechirganda lablari, burun va quloq supralari ko'kimtir rangda ekanligi aniqlandi. EKGda chap bo'lmacha va o'ng qorincha gipertrofiyasi bor.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Kasallik etiologik omillarini ayting.

Bemorda qanday auskultativ o'zgarishlar eshitish mumkin.

23 – masala

Bemor A. 58 yoshda, jinsi erkak, poliklinikada dispanser nazoratida turadi. Vrach qabuliga kelganda so'rab surishtirishda hansirash, holsizlik, oyoqlarida shish borligi bezovta qilishi aniqlandi va instrumental tekshirilib, o'tkir o'ng qorincha etishmovchiligi deb diagnoz qo'yildi.

Kasallik kelib chiqish sababini aytib bering.

Bu kasallik uchun xos klinik belgilarini aytib bering.

Bemor qon bosimidagi va pulsidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda, palpatsiyada va perkussiyada qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin.

24 – masala

Bemor N. 13 yoshda, qiz bola. Tengdoshlaridan o'sishda orqada qolgan, gipotrofik. Vrach qabuliga kelganda anamnezida yurak parogi borligini aytdi va so'rab surishtirilganda hansirash ba'zanda yo'talib turishini aytdi. Auskultatsiya qilinganda mitral klapan ochilish toni ya'ni bedana ritmi eshitildi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorning asosiy shikoyatlarini aytib bering.

Bemorni ko'zdan kechiring.

EKG dagi o'zgarishlarini aytib bering.

Bu kasallik asoratini aytib bering.

25 – masala

Bemor N. 22 yoshda, qiz bola. Vrach qabuliga kelganda hansirash, holsizlik, yurak tez urishi bezovta qilishini aytdi. Anamnezida bir necha yildan buyon revmatizm kasalligi bilan kasallanganini aytdi ob'ektiv teri qoplami oqimtir va teri osti yog' qatlami sust rivojlangan. Auskultatsiyada chap tomonda V qovurg'a oralig'ida sistolik shovqin eshitildi.

Bemorda qanday nuqsonligini ayting.

Perkussiyada qanday o'zgarish bo'lishini aytib bering.

Auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.

EKG dagi o'zgarishlarni ayting.

FKG dagi o'zgarishlarni ayting.

26 – masala

Bemor R. 18 yoshda, qiz bola, vrach qabuliga kelganda bolaligidan tez-tez surunkali tanzilit bilan kasallanib turishi va anamnezida revmatizm o'tkazganligi aniqlandi. Ob'ektiv lablari, burun uchlari ko'kimsir, auskultatsiyada Botkin-Erb nuqtasida protodiastolik shovqin, sistolik arterial qon bosimi yuqori va diastolik bosimi past, puls bosimi yuqori, EKGda chap qorincha gipertrofiyasi borligi, FKGda yurak cho'qqisida birinchi va aorta nuqtasida ikkinchi ton amplitudasining pasaygani aniqlandi.

Bemorda qanday nuqsonligini ayting.

Bemor shikoyatlarini aytib bering.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.

FKG dagi o'zgarishni aytib bering.

27 – masala

Bemor J. 75 yoshda, jinsi erkak, ichish, chekishni xush ko'radi. Vrach qabuliga kelganda ko'p yillardan buyon qon tomirlar aterosklerozi bilan hudud terapevtida hisobga turishini ta'kidladi. Bemor so'rab surishtirilganda ba'zan hushini yo'qotishi, yurak sohasida og'riq bezovta qilib turishi, palpatsiyada o'ng tomonda ikkinchi qovurg'a sohasida sistolik titrash (mushuk xrillash simptomi) so'ng perkussiya chap nisbiy to'mtoqlik chegara chapga siljigan va auskultatsiyada arteriye karotikus externada sistolik shovqin borligi eshitildi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar aniqlash mumkin.

Perkutor va auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Rentgenologik o'zgarishlarni ayting.

Sfigmogrammadagi o'zgarishni ayting.

28 – masala

Bemor V. 34 yoshda, kasalxonada tushganda anamnez yiqildi va bemor bir necha yil oldin revmatizm o'tkazganligi aniqlandi. So'rab surishtirilganda to'sh ostida sanchiluvchi og'riq borligi aniqlanib hamda bemorda auskultatsiya o'tkazilganda xanjarsimon o'simta asosida sistolik shovqin eshitildi va birinchi tonning shu yerda susaygani obektiv oyog'larida shish borligi aniqlandi. EKGda o'ng qorincha gipertrofiyasi qayd qilingan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemordagi gemodinamik o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

Perkutor o'zgarishlar qanday, yurak tonlariga xarakteristika bering.

EKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.

29 – masala

Bemor shifokorga murojaat qilganda o'ng qovurg'a ostida og'riq va noxush holat borligiga, oyog'larida shish, qorinning kattalashganligiga shikoyat qildi. Anamnez yiqilganida bemor revmatik endokardit bilan davolanganligi aniqlandi. Bemorni ko'zdan kechirganda teri qoplami ko'kimsir, bo'yin venalarini shishgani va pulsatsiyasi hamda palpatsiyada jigar pulsatsiyasi borligini aniqladi. Bemorni paypaslashda jigar kattalashganligini aniqladi. Venoz bosim 150 mm suv ust teng. EKGda o'ng qorincha va bo'lmacha gipertrofiyasi, FKGda xanjarsimon o'simta asosida sistolik shovqin qayd qilingan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bu bemorda perkutor qanday o'zgarish bo'lishi mumkin.

Auskultativ o'zgarishlarini aytib bering.

FKG dagi o'zgarishlarni ayting.

30 – masala

Bemor vrach qabuliga kelganda fizik kuchlanishda yurak sohasidagi og'riq paydo bo'lishiga, bosh aylanishi, bosh og'rig'iga shikoyat qildi. Bemorni yurak sohasini palpatsiya qilinganida aorta klapani proektsiyasida sistolik titrash, perkutor chap qorincha gipertrofiyasi va aorta proektsiyasidan olingan FKGda sistola davrida ikkinchi qovurg'a oraliqida o'ng tomonda rombsimon shovqin qayd qilingan.

Bemorga qanday patologik jarayonligini ayting.

Auskultativ o'zgarishlarini ayting.

Bemor pulsini tariflab bering.

EKG dagi o'zgarishlarni ayting.

31 – masala

Bemor 15 yoshda, vrach qabuliga kelganda fizik nagruzkada hansirashga, yurakning tez urishiga, ba'zan yurak sohasidagi og'riqqa, yo'talga va yo'talganda qon aralash ko'piksimon balg'am chiqishiga shikoyat qildi. Bemorni ko'zdan kechirganda tengdoshlaridan o'sishda orqada qolganligi aniqlandi hamda yurak sohasini palpatsiya qilinganida mitral klapan proektsiyasida diastolik titrash (mushuk xirillash) aniqlandi. Yurak cho'qqisidan olingan FKGda birinchi ton amplitudasi baland, EKGda yurakning elektr o'qi o'ngga siljigan. Bu bemorda qanday patologik jarayonligini aytib bering.

Bu patologik jarayon asoratini va belgilarini ayting.

Perkutor o'zgarishlarni ayting.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

32 – masala

Bemor S. 17 yoshda, qiz bola, kollejda o'qiydi. Fizkultura darsida shug'ullanish vaqtida charchab yiqilib qoldi va darhol kasalxonaga olib kelindi. Kasalxonaga tushganda vrach tomonidan so'rab surishtirishda bolalikdan kasal ekanligi, lablari, quloq supralarida ko'karish borligi aniqlandi. Bemorning teri qoplamlari oqimtir, yurak sohasi ko'zdan kechirilganda yurak do'ngligi borligi aniqlandi. Puls bemorda kichik, sekin va kam.

Rentgenologik tekshiruvda yurak aortal konfiguratsiya tus olgan.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yish mumkin.

Yurak do'ngligi hosil bo'lish mexanizmini ayting.

Perkutor qanday o'zgarish ko'rish mumkin.

33 – masala

Bemor O, 38 yoshda, jinsi ayol, 6 nafar farzandi bor. So'rab surishtirilganida ishi ko'proq tik oyog'da turib ishlashga to'g'ri kelishi aniqlandi. Bir necha yillardan buyon oyog'larida og'riq borligi va oyog' venalarida kengayish borligini takidladi. Bemor ko'zdan kechirilganda chap oyog'ida shish, qizarish, trofik yara borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bu kasallik qanday asorat qoldirishi mumkin.

Bemorga qanday tekshiruvlar olib borish ma'qul.

34 – masala

Bemor 45 yoshda, vrach qabuliga kelganda yurak urishiga va holsizlik, hansirashga shikoyat qildi. Bemorni so'rab surishtirganda revmatizm o'tkazganligi aniqlandi, EKG tekshiruvi o'tkazildi va EKG da muddatdan oldin PQRS kompleks borligi aniqlandi va undan keyingi uzun pauza borligi ko'zga tashlandi.

Bu bemorda qanday patologiya borligini ayting.

Kasallik etiologik omillarini ayting.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Pulsdagi o'zgarishlarni ayting.

35 – masala

Bemor M. 42 yoshda, jinsi ayol. Vrach qabuliga kelganda vaqt - vaqti bilan yuragi tez urishiga, yurak sohasida ba'zan sanchiqli og'riq bo'lishi, hansirashga shikoyat qildi va bemorni auskultatsiya qilib pulsi solishtirilganda, auskultatsiyada yurak choqqisida kuchaygan ton eshitilib, qo'lida puls aniqlanmadi.

Bu qanday simptom, qaysi patologiyada uchraydi.

Auskultativ tonlarni o'zgarishini ayting.

EKG dagi o'zgarishlarni ayting.

36 – masala

Bemor S. 56 yoshda, jinsi erkak. Vrach obdon so'rab surishtirilganda bosh og'riqi va qulog'ida shovqin borligiga shikoyat qildi va so'ng instrumental tekshiruv qilindi va EKG da standart ulanishlarda RI>RII>RIII hamda ko'krak uzatkichlarida V5 V6 da S tishcha chuqurlashganligi aniqlandi.

Bemor taxminiy tashxisini ayting.

Bemor yuragida qanday o'zgarish borligini ayting.

Perkutor o'zgarishlarni ayting.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

37 – masala

Bemor 63 yoshda, vrach qabuliga kelganda fizik nagruzkada yurak sohasida gijimlovchi og'riq paydo bo'lishi, hansirashga, yurakning tez urishiga, shikoyat qildi, bu bemorda instrumental tekshiruv olib borilganda EKG da

R tishcha amplitudasi pasaygan va ST segment izoliniyadan biroz yuqoriga ko'tarilganligi, T tishchaning o'tkir uchli ekanligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bu bemorda qanday auskultativ o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

FKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.

38 masala

Bemor vrach qabuliga kelganda, uzoq yillardan buyon gipertoniya kasalligi bilan kasal ekanligini va kechga yaqin oyog'larida shish paydo bo'lishi hamda kechqurun ovqat egandan so'ng yo'tal paydo bo'lishi va nafas olishini qiyinlashishiga shikoyat qildi. Palpatsiyada yurak turtki zarbi chapga siljiganligi, puls rezistent.

Bu bemorga qanday tashxis qo'yish mumkin.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.

Perkutor va auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.

EKG dagi o'zgarishlarni ayting.

39 – masala

Bemor A. 48 yoshda, jinsi erkak, vrach qabuliga kelganda qo'llari va oyog'lari sovuq qotishi, nafas etishmovchiligi, holsizlikka shikoyat qildi va bemorni obdon tekshirganda pulsi 42 taligi, qo'l oyog'larini sovuqligi va barmoqlari ko'kimtiriligi aniqlandi.

Bemor taxminiy tashxisini ayting.

Bu kasallikka olib keluvchi sabablarni ayting.

EKG dagi o'zgarishlarni ayting.

40 – masala

Bemor O. 31 yoshda, jinsi ayol, vrach qabuliga kelganda yurak urishi, holsizlikka, bosh og'riqi, ish qobiliyating pasayishiga shikoyat qildi va bemor pulsini tekshirganda 128 marta tebranayotganligi hamda qo'l oyog'larida harorat balandligi, yuzlari qizil rangdaligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

EKG dagi o'zgarishlarni ayting.

41 – masala

Bemor F. 48 yoshda, jinsi ayol, turmushga chiqqan, 5 nafar farzandi bor. Vrach qabuliga kelganda anamnezida anemiya borligini aniqladi va yurak qisqarishining tezlashganiga, holsizlikka, bosh og'riqiga, bosh aylanishiga shikoyat qildi. Bemor pulsini tekshirganda, pulsini tezlashgani 164 ta hamda aritmiya (notekis) aniqlandi.

Bemorni taxminiy tashxisingiz.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

EKG da qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin.

42 – masala

Bemor S. 54 yoshda, jinsi erkak, poliklinikada kardiologda dispanser nazoratida turadi. Vrach qabuliga kelganda nafas etishmovchiligiga, holsizlik, bosh og'riqi, bosh aylanishiga shikoyat qildi. Bemorni pulsini tekshirganda, pulsi sekin, aritmik 46-50 zarb minutdaligi aniqlandi.

Bu bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

EKG da qanday o'zgarishlar bo'ladi.

43-masala

Bemor vrach qabuliga kelganda bosh og'riqi asosan ensa sohasi tortilib og'rishi, bosh aylanishi, yurak sohasi sanchilib og'rishi, yurak urishi, ko'ngil aynishi, qusish, ko'z oldi qoronqulashishi, qulog'ida shovqin, ish qobiliyatining pasayishi, uyqusizlik bezovta qilishini takidlad. Bemorni yurak sohasini ko'zdan kechirilganda yurak turtkisi chapga siljigan, puls qattiqlashgan, 108 marta min.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Perkutor o'zgarishlarini ayting.

Auskultativ o'zgarishlarini ayting.

EKGdagi o'zgarishlari qanday bo'lishi mumkin.

44-masala

Bemor vrach qabuliga kelganda so'rab surishtirildi va boshi og'rib turishini qulog'ida shovqin bo'lib turishini takidlad, yuzlari, asosan yonoq sohalari qizarganligi ko'zga tashlanardi va bemorni yurak sohasi ko'zdan

kechirilganda yurak turtki zarbi chapga siljiganligi hamda pulsi tekshirilganida puls qattiq va tezlashganligi yani 102 taligi aniqlandi. EKG da V5V6da S tishcha chuqurlashgan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

FKGdagi o'zgarishlarni aytib bering.

45-masala

Bemor T. 11 yoshda, qiz bola. Tengdoshlaridan o'sishda orqada qolganligi aniqlandi.

Vrach qabuliga kelganda teri qoplamlari oqimtir, lablarida, barmoqlarida sianoz borligi ko'rinib turardi, auskultatsiyada II qovurg'a oraliqi o'ngda sistolik shovqin va tomirlarini auskultatsiya qilinganida arteriya caroticus externa, arteriya subclavicularis da shovqin eshitildi.

Bemorda qanday patologik jarayonligini aytib bering.

Yurakdagi perkutor o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorda qanday rentgenologik o'zgarish ko'rishimiz mumkin.

46 masala

Bemor A. 39 yoshda. Jinsi erkak. Stomatolog vrachga murojat qilganda bemorning og'zi ko'zdan kechirildi va oqiz shilliq qavatlarida qon quyilishlar ko'zga tashlandi, asosan ko'proq yumshoq va qattiq tanglayda. Bemor so'rab surishtirilganda holsizlik, tez charchash, hansirash, isitmalash, terlash bezovta qilishini aytdi. Stomatolog kasallikni aniqlash uchun, terapevt maslahatini tavsiya qildi va vrach ko'zdan kechirdi ko'z shilliq qavatlarida, qovoqlarida qon quyilishlar (Lukin-Libman simptomi) borligini aniqladi. Qon bosimi o'lchanganida bilagi bukiluvchi yuzasida ham qon quyilishlar ko'zga tashlandi (simtom Qonchalovski-Rumpel-Leeda).

Auskultatsiya qilinganda yurakda funktsional shovqin eshitildi. Palpatsiyada talog'i kattalashganligi aniqlandi.

Bemarga taxminiy tashxis qo'ying.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Bemorning qonidagi va siydigidagi o'zgarishlarni ayting

47 masala

Bemor 53 yoshda. Jinsi erkak, ishlamaydi. Vrach qabuliga kelganda yurak sohasida og'riq, hansirash, bosh aylanishi, yurak urishiga shikoyat qildi. Bemor obdon tekshirilgandan so'ng EKG qilindi va P-Q sementi 0,40 s dan kattaligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

48 masala

Bemor 45 yoshda. Jinsi erkak, haydovchi bo'lib ishlaydi. kardiolog qabuliga kelganda yurak sohasida og'riq, hansirash, yurak urishiga shikoyat qildi. Bemordan sub'ektiv va ob'ektiv ma'lumotlar to'planganidan so'ng EKG qilindi va 3 ta PQRST kompleksdan so'ng uzun pauza bo'lib 1 kompleks tushib qolganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Auskultativ va pulsdagi o'zgarishlarni ayting.

49 masala

Bemor 40 yoshda, mitral stenoz bilan kasallangan (jabrlangan), hansirashga, charchashga, bu holatlar sekin-sekin kuchayib bormoqda va hozirgi kunda oddiy uy ishlarini ham bajara olmay qoldi. Auskultatsiyada beshinchi qovurg'a oraliqiga chap tomondan diastolik shovqin eshitildi.

Bemorda qanday auskultativ o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Perkutor o'zgarishlarni ayting

EKGdagi o'zgarishlarni ayting.

Qanday asorat qoldirishi mumkin.

50 masala

Bemor 50 yoshda, jinsi erkak, haydovchi bo'lib ishlaydi. Ko'p yillardan buyon gipertoniya II daraja, AG II, xavf (risk) II bilan kardiologda nazoratda turib davolanib kelgan va bosh og'riq'i, yurak urishi, ko'ngil aynishi, bazan burundan qon ketishi bezota qilib turadi. Markaziy gemodinamika tekshirilganda yurakda qon haydash ko'paygan. Yurak urish tezligi 98 marta bir minutda.

Bemorda qanday auskultativ o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Perkutor o'zgarishlarni ayting.

EKGdagi o'zgarishlarni ayting.

Yurak qon tomir tizimi test javob variantlari

1. b	11. a	21. v	31. g	41. a
2. v	12. g	22. b	32. v	
3. g	13. v	23. a	33. g	
4. a	14. a	24. a	34. a	
5. a	15. b	25. b	35. a	
6. g	16. v	26. v	36. v	
7. v	17. a	27. g	37. a	
8. a	18. a	28. g	38. a	
9. b	19. a	29. a	39. b	
10. v	20. g	30. a	40. a	

Nazorat savollari.

Test savollarini echish;

Yurak ritminig buzilishi to'g'risida tushuncha bering;

Aritmiyalar to'g'risida tushuncha bering;

Taxikardiya to'g'risida tushuncha bering;

Mayatniksimon ritm (embriokardiya) to'g'risida tushunchaga ega bo'lish;

Hilpillovchi aritmiya to'g'risida tushuncha bering;

Yurak funktsiyasining buzilishi avtomatizmning buzilishi to'g'risida tushuncha bering;

Yurak funktsiyasining buzilishi; qo'zg'aluvchanlik buzilishi to'g'risida tushuncha bering;

Yurak funktsiyasining buzilishi; o'tkazuvchanlik buzilishi to'g'risida tushuncha bering;

Yurak funktsiyasining buzilishi; qisqaruvchanlik buzilishi to'g'risida tushuncha bering;

Yurak funktsiyasining buzilishi; ko'zg'aluvchanlik buzilishida EKG diagnostikasini aytib bering;

Yurak funktsiyasining buzilishi; o'tkazuvchanlik buzilishida EKG diagnostikasini aytib bering;

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.
2. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.
3. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b
4. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b
5. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b
6. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b
7. U.B. Sharopov, F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b
8. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 532 b
9. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
10. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
11. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
12. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y

Qo'shimcha adabiyotlar

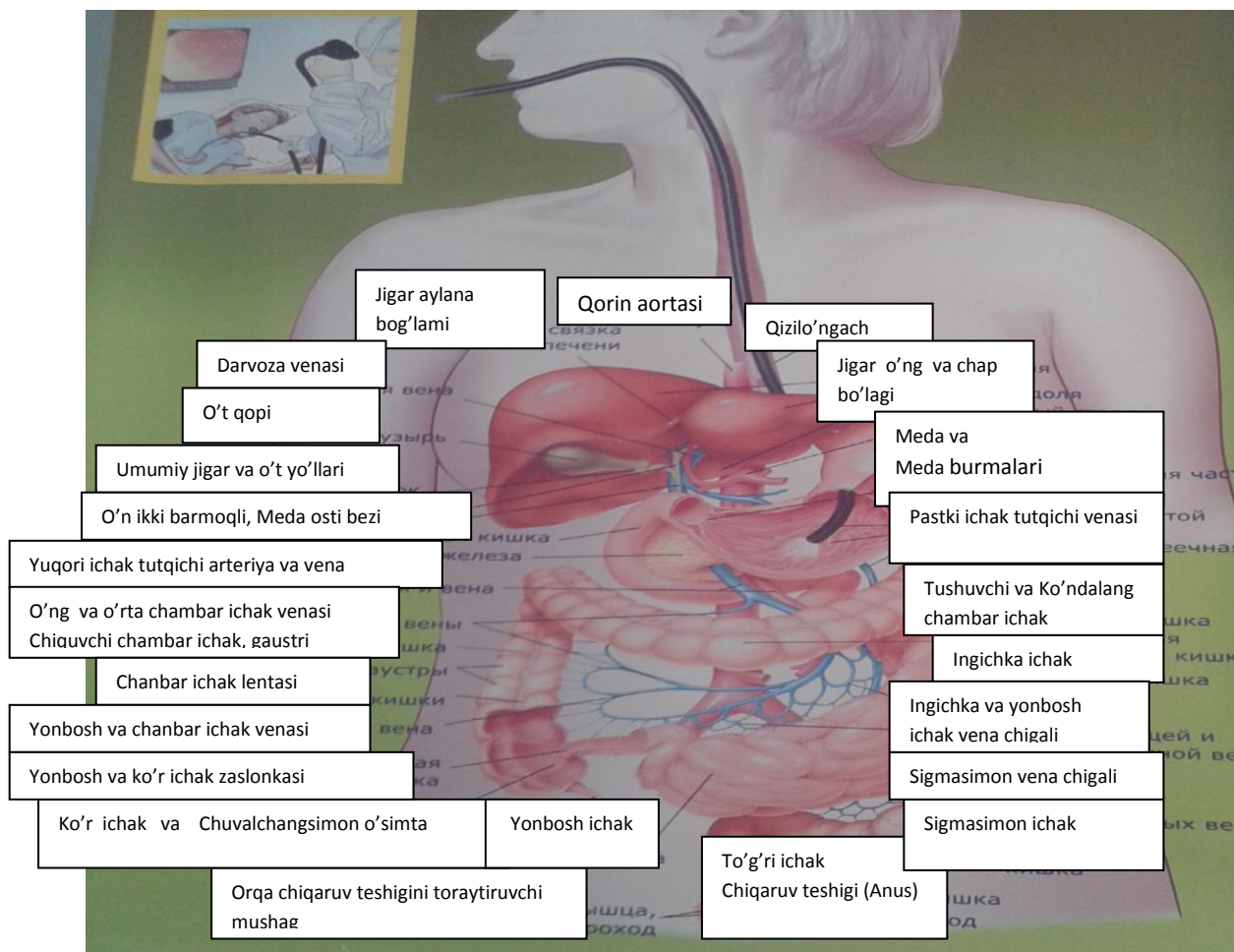
13. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laborotornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
14. Y.P.Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b
15. M.T. Abramova Gematologicheskii atlas M. Meditsina 1979 y. 320 b
16. A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnoz vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b

17. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988 y. v dvux tomax. 973 b
18. Vuddi M i A. Uedan."Praktika". Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
19. AbuAli Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
20. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
21. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
22. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D., Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
23. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
24. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru,
www.cardiosite.ru, www.consilium-medicum.ru.

Hazm tizimi kasalliklari. Gastritlar. Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalliklari diagnostikasi. Qizilo'ngach xastaliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish usullari (subyektiv, obyektiv, laborator-instrumental).

Tayanch atamalar; ezofagit, disfagiya, kardiospazm, zarda qaynashi, kekirish, meteorizm, dispepsiya, axiliya, barvaqt og'riqlar, kechki og'riqlar, gastrit, enterit, yara kasalligi, ezofagoskopiya, gastroskopiya, duodenoskopiya, rentgenoskopiya, tokcha simptomi, Helicobacter pylori, kataral gastrit, gipersekretsiya, giposekretsiya.

Ovqat hazm qilish tizimi a'zolari anatomiyasi va endoskopik tekshiruv usuli



Ovqat hazm qilish tizimi organlari rasmga keltirilgan

Ovqat hazm qilish tizimi og'iz bo'shlig'idan boshlanib, tishlar, til, qizilo'ngach, meda, o'n ikki barmoqli ichak, ingichka ichak, yonbosh ichak, ko'r ichak, chiquvchi chambar ichak, ko'ndalang chambar ichak, tushuvchi chambar ichak, sigmasimon ichak, to'g'ri ichak va jigar o't qopi bilan kiradi.

Tishlar istemol qilingan ovqatni chaynash vazifasini bajaradi, soʻlak bezlaridan ajralgan soʻlak uni namlaydi va chaynash engil kechadi. Til chaynalgan ovqatni yutinishiga yordab beradi. Qiziloʻngachdan ovqat medaga tushadi va u yerda istemol qilingan ovqatga meda shirasidagi fermentlar va xlorid kislotasi tasirida qayta ishlanadi, uglevodlar, oqsillar parchalanadi. Istemol qilingan ovqat tarkibidagi yogʻlar medadan oʻn ikki barmoqli ichakka oʻtgandan soʻng oʻt qopidan oʻt yoʻllari orqali tushgan oʻt suyuqligi tasirida emulsiyalanadi va ular meda osti bezidan tushadigan lipaza fermenti tasirida parchalanadi. Soʻng istemol qilingan va parchalangan ovqat maxsulotlari ingichka ichakka otadi va xuddi shu erda soʻriladi. Suv yoʻgʻon ichakka soʻriladi. Qolgan organizm uchun keraksiz qismi toʻgʻri ichak orqali tashqariga chiqariladi.

Qiziloʻngach kasalliklari

Tibbiyot amaliyotida qiziloʻngach kasalliklari bilan kasallangan bemorlar tez-tez uchraydi. Bunday kasalliklar qatoriga rivojlanish anaiyalari, funksional kasalliklar (qiziloʻngach diskineziyasi), diafragmaning qiziloʻngach yorigʻi churrasi, qiziloʻngach shilliq qavati yalligʻlanishi (ezofagit), qiziloʻngach peptik yarasi, kardiospazm, divertikulalar, qiziloʻngachning yaxshi va yomon sifatli oʻsmasi kiradi.

Soʻrab-surishtirish

Shikoyatlar. Qiziloʻngach kasalliklari bilan kasallangan bemorlar ovqat luqmasining qiyinchilik bilan qiziloʻngachdan oʻtishi (disfagiya), ovqat luqmasining ogʻriq bilan qiziloʻngachdan oʻtishi (odenofagiya), qusish, kekirish, jigʻildon qaynashi, soʻlak ajralishidan shikoyat qiladilar.

Disfagiya (yunoncha dys-qiyinchilik, funksiya buzilishi, phagein-yemoq) ovqat luqmasining qiziloʻngachdan normal oʻtishishining buzilishi boʻlib, qiziloʻngach kasalliklarida asosiy simptom boʻlib hisoblanadi. Bunda bemorlar ovqat luqmasining qiziloʻngachda turib qolganini, ogʻriq hamda ovqatlanayotganda qiziloʻngachda (toʻsh ortida) noxush his boʻlishini sezaдилar. Qiziloʻngach kasalliklarida disfagiya doimiy va vaqtinchalik boʻlishi mumkin. Doimiy, muhim disfagiya qiziloʻngachning organik zararlanishlarida (yangi hosilalar, qiziloʻngachning chandiqli strukturalari) yuzaga keladi. Boshida faqat qattiq ovqatlarning oʻtishi qiyin boʻladi. Bunda bemorlar yaxshilab maydalangan ayniqsa koʻp miqdorda suyuqlik bilan qabul qilingan ovqatni erkin oʻtishini hisobga oladilar. Keyinchalik qiziloʻngach qisilishining kuchayishi hisobiga yumshoq hatto suyuq ovqatning ham oʻtishi qiyinlashadi.

Paroksizmal disfagiya qiziloʻngachning funksional jihatdan zararlanishida uchraydi (ezofagospazm) va bu tez-tez ovqatlanish hamda hayajonlanishga olib keladi. Yumshoq hamda suyuq ovqatning qiziloʻngachdan oʻtishi qiyinlashadi, qattiq ovqatning oʻtishi esa nisbatan osonroq kechadi (paradoksal disfagiya).

Qiziloʻngachdan ovqat luqmasini yutgandan keyin, disfagiya boshlanish vaqtiga qadar qiziloʻngach qismlari zararlanishini aniqlash mumkin. Qiziloʻngachning boʻyin qismi kasalliklarida disfagiya yutingandan 1-1,5 daqiqa oʻtgandan keyin, oʻrta-uchdan ikki qismi zararlanganda 4-5 daqiqadan keyin, kardiya zararlanganida esa 6-8 daqiqadan keyin boshlanadi. Qiziloʻngachning yuqori uchdan bir qismidan ovqat oʻtishining qiyinlashuvi kekirdak va qalqonsimon bez oʻsma kasalliklarida; oʻrta uchlikdan bir qismida qiyinlashuvi-koʻkrak qafasining yomon sifatli oʻsmasida, mediastenal limfa tugunlarining kattalashuvida, aorta anevrizmasida; pastki uchdan bir qismida qiyinlashuvi-kardiya axialaziyasi (yutinganda kardiyaning reflektor tarzda ochilmasligi bilan bogʻliq kasalliklar), peptik strukturalar hamda qiziloʻngach oʻsmalarida kuzatiladi.

Qiziloʻngach kasalliklarida ogʻriq doimiy, xurujsimon xarakterda boʻladi, toʻsh orqasiga lokalizatsiyalanadi, yelkaga, boʻyinga, koʻkrak qafasining chap tarafga irradiatsiyalanadi, stenokardiya xurujiga oʻxshaydi. Funksional kasalliklarda (diskineziya) ogʻriq koʻpincha qiziloʻngach devori spastik qisqarishi bilan bogʻliq boʻladi. Ezofagitda ogʻriq qiziloʻngach shilliq qavatining yalligʻlanishi bilan bogʻliq. Ogʻriqni bunday hollarda yuzaga kelishi koʻp ovqat yeganda, tana oldinga egilganda, gorizontol holatda boʻlganida oshqozondagi moddalarning qiziloʻngachga otilishiga (gastro-ezofagial reflyuks kasalligi) olib keladi. Yomon sifatli yangi hosilalarda bemorlar qiziloʻngach seroz qavatida oʻsmaning oʻsishi bilan bogʻliq boʻlgan doimiy iztirobli ogʻriqdan shikoyat qiladilar.

Qiziloʻngachdan qusish qiziloʻngachning qisilishida yuz beradi (masalan, chandiqli strikturalar yoki oʻsmalarda). Oshqozon hamda 12 barmoqli ichak kasalliklaridagi qusishdan farqli ravishda, qiziloʻngachdan qusishda ovqat luqmasi qiziloʻngachda ushlanib qolinadi, qusishdan oldin koʻngil aynimaydi hamda oldingi qorin devoridagi muskullar ishtirokisiz amalga oshadi. Bunda qusiq massasi HCL kislotasi, pepsin tutmaydigan soʻlak aralashgan kam oʻzgargan, chaynalgan ovqat massasidan iborat boʻladi. Qiziloʻngach rakida qusiq massasi yiring hidiga ega boʻlib, allaqachon isteʼmol qilingan ovqat qoldiqlarini, maʼlum miqdorda shilliq tutib, qon aralashgan boʻladi.

Ovqat luqmasi bilan **kekirish**-qabul qilingan ovqatning ma'lum qismini og'iz bo'shlig'iga qaytishi (regurgitatsiya) va shuningdek qizilo'ngachdan ovqat luqmasining o'tishida to'siq bo'lganida kuzatiladi. Qizilo'ngachda to'plangan moddalarning kechqurungi regurgitatsiasi ("ho'l yostiqlik simptomi") ko'pincha kardiya axialaziyasida kuzatiladi.

Zarda qaynashi (pyrosis)-to'sh suyagining qilichsimon o'sig'i sohasida achishish hissi bo'lib, qizilo'ngach kasalliklarida (reflyuks ezofagit, diafragmaning qizilo'ngach yorig'i churrasi, kardiya yetishmovchiligi) uchraydigan simptom. Zarda qaynashining yuzaga kelish mexanizmi oshqozondan otilgan nordon moddalarni qizilo'ngach distal qismining shilliq qavatini ta'sirlashiga bog'liq. Sanalgan shikoyatlardan tashqari qizilo'ngach kasalliklari bilan og'rigan bemorlar so'lakning ko'p ajralishi (gipersalivatsia), havo yoki oshqozon moddalari bilan kekirish, o'g'izdan noxush hid kelishi va hiqichoqdan shikoyat qiladilar.

Tashxislashda muhim simptom bu-qon ketishidir. Uning sabablari qizilo'ngach peptid yarasi va yomon sifatli o'smasi, qizilo'ngach devorining yot moddalar bilan zaralanishi, qizilo'ngach kengaygan varikoz venalarining yorilishi (jigar sirrozi bilan kasallanganlarda), kuchli qusish natijasida yuzaga keladigan qizilo'ngach kardiya sohasi shilliq qavatining chiziqli kesilishlarida, masalan alkogol iste'mol qiladigan bemorlarda (Mallori-Veys sindromi). Oshqozon kasalliklaridagi qon ketishdan farqli ravishda, qizilo'ngachning arterial qon ketishi (masalan peptik yaradan, ta'sirlangan o'smadan) qusiq massasida o'zgarmagan qon aralashishi bilan xarakterlanadi. Qizilo'ngachning kengaygan varikoz venalaridan qon ketganda qusuq massasidagi qon rangi to'q qizil bo'ladi.

Kasallik anamnezi. Qizilo'ngach kasalliklari boshida kasallik xarakteri turli xil bo'ladi. Kardiya axialaziyasi bilan og'rigan bemorlarda disfagiya kutilmaganda paydo bo'ladi va ayrim bemorlar kasallikni boshlangan kunini aniq ayta oladi, bu psixogen faktorlarning ta'siri bilan tushuntiriladi. Qizilo'ngachning ko'pgina kasalliklarida (reflyuks-ezofagit, kardiya axialaziyasi) kasallikning rivojlanish davrlari oz yoki ko'p davomiylikda sog'ayish davrlari bilan almashinganda kasallikning to'liqsimon kechishi kuzatiladi. Yomon sifatli o'smalarga qarshi holda, qizilo'ngachning peptik strukturalarida kasallikning progressivlanib kechishi kuzatiladi.

Hayot anamnezi. Hayot anamnezini yig'ayotganda qizilo'ngach chandiqli o'zgarishlariga olib keluvchi sabablarga-qizilo'ngach kuyishlari (termik va kimyoviy) va travmalariga e'tibor berish lozim. Chekish, spirtli ichimliklar ichish hamda parhezidagi xatoliklar (yaxshi chaynalmagan, achchiq, haddan tashqari issiq ovqatlarni istemol qilish) ko'pincha reflyuks-ezofagitning yuzaga kelishiga va rivojlanishiga olib keladi. Ba'zi kasalliklar masalan sistemali sklerodermiya qizilo'ngach devorining spetsifik zararlanishiga olib kelib, disfagiya paydo bo'lishi bilan kuzatiladi.

Fizikal tekshirish usullari.

Qizilo'ngachning chandiqli yoki o'smali strukturalari bilan kasallangan bemorlarni umumiy ko'zdan kechirganda sezilarli darajada tana vazni yo'qotilganini bilish mumkin (kaxeksiyagacha olib kelishi mumkin), ba'zan suvsizlanish, vitamin yetishmovchiligi kuzatiladi. Kardiya axialaziya hamda qizilo'ngach yuzasini qoplab olgan o'sma kasalliklarida perkussiya qilinganda Traube sohasi yo'qolishi kuzatiladi.

Instrumental va laborator tekshirish usullari

Qizilo'ngach kasalliklari diagnostikasida rentgenologik, endoskopik, morfologik, ezofagotanokimografik va boshqa tekshirish usullaridan keng foydalaniladi.

Rentgenologik tekshirish. Rentgenologik tekshirish qizilo'ngach holati, shakli, uzunligi, konturlarini baholashga, uning shilliq qavati relefini aniqlashga, motorikaning turli xil buzilishlarini bilishga imkon beradi. Aniq diagnoz qo'yish maqsadida bugungi kunda turli xil rentgenologik tekshirish usullaridan foydalanilmoqda (bariy sulfat qabul qilish bilan amalga oshiriladigan oddiy rentgenoskopiya va rentgenografiya, ikki marta kontrastirovkalash usuli, rentgenokinetografiya va rentgenotelevideniya, pnevmomediastenografiya, kompyuter tomografiyasi, yadroli magnitli rezonans tomografiyasi va boshqalar), bular qizilo'ngach zararlanishiga olib keladigan ko'krak qafasi organlaridagi o'zgarishlarni aniqlashga imkon beradi (limfa tugunlarining, o'smaning kattalashgani, aorta anevrizmasi va boshqalar). Bemorlarni tekshirayotganda yanada aniq ma'lumot olish uchun ularni turli holatlarda har xil proeksiyadagi rentgen suratlarini olish mumkin.

Ezofagoskopiya. Qizilo'ngachni endoskopik tekshirish uchun maxsus yon tomonlama joylashgan yorituvchi optikadan iborat bo'lgan fibroezofagoskopdan foydalaniladi. Ezofagoskopiya qizilo'ngach kasalliklari diagnostikasida yordam beradi, zarur holatlarda zararlangan sohadan biopsiya olishga, olingan materialda gistologik tekshirishlar olib borishga imkon yaratadi, turli xil davolovchi manipulyatsiyalar: qizilo'ngachni

kengaytirish, qonayotgan tomir elektrokoagulyatsiyasi (masalan peptik yaralarda), qizilo'ngach varikoz kengaygan venalari skleroterapiyasini o'tkazishga sharoit yaratadi.

Boshqa tekshiruv usullari. Qizilo'ngach yomon sifatli o'smalarining diagnostikasida qo'shimcha usul tsitologik tekshirish bo'lib, bunda qizilo'ngach yuvilgan suvdan yoki shilliq qavatdan ajratma sifatida olingan yoki biopstat materialdan foydaniladi. Ajratmani keng yuzali yorituvchi ballonchadan iborat bo'lgan maxsus zond yordamida olinadi.

Ezofagotonokimografiya qizilo'ngach turli qismlari harakat aktivligini registratsiya qilish, shuningdek qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini aniqlashda va qizilo'ngach diskineziyasi, kardiya axialaziyasi, diafragma qizilo'ngach yorig'i churrasi diagnostikasida qo'llaniladi. Gastroezofagial reflyuks kasalini aniqlashda **qizilo'ngach ichi pH metriyasidan** foydaniladi. Bunda qizilo'ngach ichi pH i 4,0 dan past bo'lsa oshqozondagi nordon moddalarning qizilo'ngachga o'tilganini bildiradi.

So'nggi yillarda qizilo'ngach kasalliklari diagnostikasida **endosonografiya** ancha keng tarqalgan usullardan, bu ultratovushli tekshirish bo'lib, bu tekshirish ultratovushli datchikni ezofagoskop yordamida qizilo'ngachga kiritishdan iborat. Bu metod qizilo'ngach o'smalarini aniqlashga yordam beradi (ayniqsa shilliq qavat ostida bo'lsa) va operativ davolashdagi muhim savollarga javob beruvchi regionar limfa tugunlari holatini baholashda qo'llaniladi.

Qizilo'ngachning organik va funksional qisilishlarini differensial diagnostika qilishda hozirgi kunda turli xil **farmakologik moddalardan** foydalaniladi. Nitroglitserin qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini pasaytirib, kardiya axialaziyasi bilan kasallanganlarda qizilo'ngachdan ovqat luqmasini o'tishini osonlashtiradi va qizilo'ngachning organik tabiatli zararlanishida bunday effekt bermaydi.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni klinik tekshirish usullari:

sub'yektiv va ob'yektiv.

Sub'yektiv tekshirish:

So'rab surishtirish (interrogatio): bemorlar shikoyatlari – asosiy va qo'shimcha.

Anamnesis morbi

Anamnesis vitae

Asosiy shikoyatlarga quyidagilar kiradi:

-og'riq sindromi;

-dispeptik sindromlar;

-oshqozon-ichakdan qon ketishi (gemorragik sindrom);

-tana massasining kamayishi;

Og'riqlar

Tananing qorinda qismida og'riq oshqozon va 12 barmoqli ichak patologiyasida ko'proq bezovta qilib turadi. Odatda epigastral sohada tarqaladi va doimiy yoki xurujsimon xarakterga ega bo'ladi. Eng ko'p xarakterda xurujsimon og'riqlar ovqat qabul qilish bilan bog'liq va bu og'riqlar sezon bilan bog'liq yani bahor va kuzda bezovta qiladi. Og'riq paydo bo'lish vaqtiga qarab jarohat lokalizatsiyasini aniqlash umkin. Barvaqt va kechki og'riqlar farqlanadi.

-Barvaqt og'riqlar odatda oshqozon patologiyasi bilan bog'liq. Ular ovqatdan keyin tezda paydo bo'ladi (odatda 30-60 minutdan keyin), davomiyligi 1-1,5 soat. Oshqozondagi massa evokuatsiya qilingandan keyin kamayib boradi.

-Kechki og'riqlar 12 barmoqli ichak kasalliklarida aniqlanadi. Ular ovqatdan so'ng (1,5-3 soatdan keyin) paydo bo'ladi. Shuningdek yana och qorindagi og'riq, ovqat iste'mol qilgandan so'ng kuchsizlanuvchi va tungi og'riqlar tafovut qilinadi. Kasallar shikoyat qilishi mumkin; epigastral sohada bosim yoki og'riq sezishi, oshqozonda hazm bo'lishi bilan bog'liq shikoyatlar. Shuningdek ichaklarda gaz hosil bo'lishi kuchayishi natijasida qorinda meteorizm kuzatiladi.

Dispeptik sindrom.

Dispepsiya-umumiy tushuncha bo'lib, hazm jarayonini buzilishi bilan bog'liq har qanday simptomlar hisoblanadi. Dispepsiya bo'lishi mumkin: oshqozonda (ko'ngil aynishi, qusish, jig'ildon qaynashi, oshqozonda dam, epigastral sohada og'riq va ichaklarda og'irliq hissi).

Sabablari:

Organik va funksional dispepsiya sabablariga ajratiladi

Organik dispepsiya sabablari:

- reflyuks-ezofagit
- yara kasalliklari
- gastritlar
- surunkali pankreatit
- o't-tosh kasalliklari
- oshqozon raki.

Funksional dispepsiya 3 ko'rinishida o'tishi mumkin: yara o'xshash, diskinetik, nospesifik:

- yara o'xshash (yarasimon) dispepsiya epigastral sohada og'riq lokalizatsiyasi bilan xarakterlanadi.
- diskinetik dispepsiya quyidagi alomatlar bilan birga xarakterlanadi: oshqozon tezda to'yishini his etish, epigastral sohada noxushlikni his etish, og'riq kuzatilmaligi mumkin, ko'ngil aynishi, ayrim mahsulotlardan zaharlanish, ba'zan ingichka ichak zararlanishi.
- nospetsifik dispepsiya uchun xarakterli qaytalanuvchi kekirish, qorinda dam, ko'ngil aynishi, stress holatlarda paydo bo'lishi kuchayadi.

Oshqozon-ichakdan qon ketishi

Bu simptom tez tibbiy yordam ko'rsatadigan darajadagi jiddiy patologiyalarda yuzaga keladi. Oshqozon-ichakdan qon ketishi sabablari:

- Yara kasalligi
- Gastrit va oshqozon eroziyasi
- Ezofagit yoki qizilo'ngach yarasi
- Qizilo'ngach venalari varikoz kengayishi.

Mellori-Veyss sindromi-ko'p marta qusish va uni xuruji sababli oshqozon kardial qismi shilliq qavati hamda uni kapilyarlari yorilishi natijasida oshqozondan qon ketishidir.

Oshqozon-ichakdan qon ketishi qon aralash qusish va melenaga sabab bo'ladi. Qusuq massaning rangi ketayotgan qon miqdori va oshqozonda qancha vaqt turganligiga bog'liq.

Qo'shimcha shikoyatlar:

Ko'ngil aynishi - epigastral sohada noxushlikni his etish adashgan nervning zararlanishi bilan bog'liq. Oshqozon kasalliklarida ko'ngil aynishi odatda og'riq bilan shuningdek tez-tez qusishdan oldin paydo bo'ladi. Ko'ngil aynishi ko'p boshqa holatlarda ham bo'ladi. Oshqozon ichak trakti patologiyasida odatda ovqat qabul qilishda kuzatiladi.

Qusish - xurujsimon oshqozon qoldiqlarini qizilo'ngach, og'iz bo'shlig'iga chiqarish, qorin mushaklarini qisqarishi hisobiga, nafas muskullarining harakati hisobiga, pilorik sfinkter yopiq holatda; gipersalivatsiya qorinda og'riq bilan birgalikda paydo bo'ladi. Qusish paydo bo'lish vaqti ovqat qabul qilish, og'riq sezish bilan bog'liq.

- Ertalabki qusish. Katta miqdorda shilliq bo'lsa surunkali gastrit uchun xarakterli (alkogoliklarda).
- Ertalabki qusish o't kislota saqlasa, tungi gipersekretsiya uchun xarakterli.
- Qusish ovqatdan keyin (10-15min) bo'lsa yara yoki oshqozon kardinal qismi raki, shuningdek surunkali gastrit uchun xarakterli.
- Yara yoki oshqozon tanasi rakida qusish ovqatdan 2-3 soat o'tgandan keyin paydo bo'ladi.
- Oshqozon pilorik qismi yarasi yoki 12 barmoqli ichak yarasida qusish ovqat qabul qilgandan 4-6 soat otgandan keyin paydo bo'ladi
- 1-2 kun oldingi yig'ilgan ovqatlarni qusish bu sfinter stenozida oshqozonda ovqat to'planishi bilan xaraterlanadi va aynigan tuxum hididay hidlangan bo'ladi.

Qusilgan massa quyidagi xarakterda bo'ladi:

- Qusiq massa qon saqlashi mumkin. Bu oshqozon-ichakdan qon ketishini bildiradi. Bu vaqtda tez-tez qusilgan massa "quyuq kofe" ko'rinishiga aylanadi.
- Qusuq massasidan chirigan hid kelsa, ovqatning medada ko'p saqlanishi, medaning pilorik qismi stenozi uchun xos.

Odatda qusishlar meda va qizilo'ngach kasalliklarida kuzatiladi, ba'zan meda ichak trakti patologiyasidan tashqari, qusish markazining ko'zg'alishidan ham amalga oshishi mumkin. Bunday qusishga birdaniga paydo bo'lishi, ko'ngil aynish va boshqa dispeptik simptomlarsiz kechishi, qusgandan so'ng yengillik sezilmasligi va davomsizligi xarakterli. Markaziy qusish kalla ichi bosimining ortishi, miya pardalarining shikastlanishi, isteriya natijasida qusish markazining zararlanishi natijasida kelib chiqadi.

Hayot anamnezi.

Anamnez yig'ishda bemorning ovqatlanishini baholay olish kerak. Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklari asosiy omili bo'lgan ovqat qabul qilish ketma-ketligi buzilganligini aniqlash. Bemor qanday ovqat iste'mol qilganligi (yog'li, qovurilgan, o'tkir, sho'r, achchiq), qancha miqdordaligini aniqlash kerak.

Obyektiv tekshirish usullari:

Ko'zdan kechirish – inspectio (ko'zdan kechirish: talay diqqatga sazovor alomatlar aniqlanadi – oriqlash, hattoki kaxeziya (rakda va qizilo'ngach axializiyasida), terini qurishi, oqaruvi (qizilo'ngach rakida).

Qorinni ko'zdan kechirish jarayonidagi o'ziga xos holatlar:

Shifokor qorinni kuzatish jarayonida bemorning o'ng tomonidan o'rin olishi shart. Qorin shaklini yoki ko'zga ilinadigan peristaltikani baholash paytida vrach qoringa yon tomondan nazar solish maqsadida o'tirishi yoki egilishi mumkin.

Quyidagi o'zgarishlar uchraydi:

Terida: chandiqlar, chiziqlar (striae)

Pushti rang chiziqlar – Kushing sindromida

Teri osti venalarining kengayishi

Tsirrozlarda yoki v. Cava inferior obstruksiyasida

Kindik va uning shakllari; Bo'rtib chiqishi (astsit, o'smalarda), pushti rangga bo'yalishi (gemoragik pankreatitda, pastga siljishi (astsitda), yuqoriga (homiladorlikda, chanoq organlari o'smasida).

Ekximozlar (yumshoq to'qimalarga qon quyilishi)

Kindik atrofida – Kullen simptomi, qorin yon devorlarida–Grey Turner simptomi (qorin parda ichra yoki orti bo'ylab teri osti qon oqishida).

Qorin asimmetriyasi; Qorin bo'shlig'i o'smalarida assimetriya kuzatiladi.

Qorin sathi kuzatilayotgan paytda qorin oldingi devorini nafas ekskursiyasiga ishtirokiga; teri osti venoz anastomozlarga va operatsiyadan keyingi chandiqlarga alohida e'tibor berish maqsadga muvofiqdir.

Palpatsiya – o'tkazishda bir qo'llab(mono manual) va ikki qo'llab (bimanual) perkussiyadan foydalaniladi. Yuza palpatsiyada qorin devoiri mushaklari tarangligi (rezistentligi), mushaklar tonusiga, og'riqli nuqtalar bor yo'qligiga e'tibor beriladi, oshqozon yara kasalligi va gastritga aloqador epigastral sohadagi og'riqlar, qorin mushaklari taranglashishi kuzatiladi. Chuqur palpatsiya to'rt momentdan iborat; 1-qo'lni qorin devoriga qo'yish, 2-terini tortib burma hosil qilish, 3-ichkariga kirish, 4-palpatsiya. Palpatsiya ketmaketligi-sigmasimon ichak, ko'r ichak, ko'ndalang chanbar ichak, ko'tariluvchi (chiquvchi) chanbar ichak, tushuvchi chanbar ichak, va meda (oshqozon), xuddi shu tartibda perkussiya qilinadi. Chuqur palpatsiyada oshqozonning katta va kichik egriligi va pilorik qismini aniqlaymiz. Ba'zan kattalashgan o'smalar palpatsiya qilinadi. Ichaklar holatiga baho beriladi va og'riqlar aniqlanadi. **Perkussiya** (informativiyasi past va shuning uchun kam qo'llaniladi) jigar, taloq hajmi va meda ichak traktida timpanik tovush aniqlanadi. **Auskultatsiya** qorinda kuldirashlarni, aorta anevrizmi bo'lsa ustida shovqin eshitiladi. Hozirgi kunda fizikal tekshirish usullari kombinatsiyalashgan holatda amalga oshirilmoqda. Bunday usullar tashxisni aniqlashda katta ahamiyatga ega.

«Kombinatsion» usullar:

1 – auskultoaffrikatsion:

Epigastral sohasiga fonendoskop qo'yiladi. Erkin qo'l barmoqlari yordamida qorin oldingi devori bo'ylab lin. mediana anterior proektsiyasida xanjarsimon o'simtadan kindikka qadar sirpanuvchi harakat amalga oshiriladi. Oshqozon quyi chegarasi odatan sirpanuvchi tovush susaygan nuqtada joylashadi.

2 – auskultativ perkussiya

Ushbu kombinatsion usul amalga oshirilayotgan paytda tekshiruvchi barmoqlari teri bo'ylab sirpantirilmaydi, balki yengil to'qillatib uriladi.

Oshqozonning kislota ishlab chiqarish funksiyasini tekshirish. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakni instrumental tekshirish: rentgenologik, endoskopik – kapsulali endoskopiya, ikki balonli entroskopiya, ezofagogastroduodenoskopiya.

Meda shirasini tekshirish

Oshqozon shirasini tekshirish (oshqozonning sekretor funksiyasi)-oshqozon shilliq qavatining morfologik va funksional holatini o'rganish, shuningdek masofadan turib uning evakuator funksiyasiga baho berishga imkon beruvchi asosiy metodlardan biri. Oshqozon shirasini tekshirishning zondli va zondsiz usuli keng tarqalgan. Zondlash oshqozonning sekretor (oshqozon shirasi miqdori) kislota va ferment ishlab chiqarish funksiyasi (sekretor funksiyasi) ni tekshiruvchi metod hisoblanadi. Oshqozon bezlarining sekretor funksiyasi haqida tasavvurga ega bo'lish uchun maxsus (ingichka zond) zond bilan zondlash va oshqozon suyuqligini doim

yoki 1 xil vaqt oralig'idan keyin so'rib olinishi kerak. Barcha holatlarda boshlang'ich bosqichda intensiv oshqozon shirasi 1 soat (har 15min) davomida uning tinch va ovqat hazm qilish oralig'ida olinadi va u bazal sekretiya deyiladi. Laboratoriyada zond orqali ovqat hazm qilish jarayonida oshqozon shilliq qavatining secretor faoliyatini tekshirish uchun bemorlarga ovqatga javoban hosil bo'ladigan shira ishlab chiqarilishini stimullovchi medikamentoz preparatlar teri ostiga yuboriladi (gistamin, pentagastrin,). Oshqozon sekretiyyasini stimullovchi kimyoviy preparatlar laborator tekshirish uchun yaroqli bo'lgan toza oshqozon shirasini olishga yordam beradi. Gistamin inyeksiya qilingandan keyin tekshirilayotgan odamda bir necha daqiqadan so'ng o'tib ketuvchi qizarish, boshida bosim va issiqlikning sezilishi kuzatiladi. Yuqoridagi nojo'ya ta'sirlarni oldini olish uchun, hamshira 20-30 daqiqa oldin dimedrol, suprastin va boshqa allergiyaga qarshi preparatlar teri ostiga yuborishi kerak. Hozirgi kunda oshqozon shirasini stimullovchi ovqat mahsulotlarini (kofein, alkogol, karam qaynatmasi, go'shtli bulyon) qabul qilish rad etilmoqda. Chunki ular sust stimullovchi xususiyatga ega, shuningdek, ular oshqozonning kislota va ferment ishlab chiqarish funksiyasiga obyektiv baho berishga yo'l qo'ymaydi.

Oshqozon shirasini zondsiz tekshirish (siydikda uropepsinni aniqlash, desmoid proba, ion almashinuvi testi-atsidotest) faqat orientirlovchi ahamiyatga ega. Ushbu metod faqat oshqozon secretor funksiyasining saqlangan yoki saqlanmaganligi haqida taxminiy ma'lumot beradi. Oshqozon secretor faoliyatining miqdoriy ko'rsatkichlarini zondsiz usulda aniqlab bo'lmaydi. Zondsiz tekshirish usuli faqatgina chegaralangan miqdordagi aholini yoppasiga tekshirishga imkon beradi. Poliklinika, statsionarda oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak va boshqa hazm trakti kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni zondsiz usulda tekshirish maqsadga muvofiq emas. **Tayyorlash:** oshqozon shirasimi tekshirish uchun bemorlarni quyidagicha tayyorlanadi: tekshirishdan bir kun oldin kechqurun soat 20 da yengil tushlik qilish kerak. Tekshirish o'tkaziladigan kuni esa nonushta, suyuqlik, dori qabul qilmaslik kerak.

Zardob tarkibidagi gastrinni tekshirish.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklarida zardob tarkibida gastrin borligini radioimmun metod yordamida tekshirish diagnostik ahamiyatga ega. Fiziologik holatda zardob tarkibida gastrin miqdori 100-200 ng/l ni tashkil qiladi. Uning 600 ng/l dan oshishi (gipergastrinemiya) Zollinger-Ellison sindromi va pernitsioz anemiya kuzatiladi.

Helicobacter pylorini aniqlash.

Helicobacter pylori oshqozondan biopsiya yordamida olingan materialni tekshirish yo'li orqali aniqlanadi (ko'pincha FEGDS o'tkazilganda). Tekshirish uchun Ureaz testi qulay hisoblanadi. Bunda biopstat tarkibida machevina saqlovchi gelga surtiladi. Agar Helicobacter pylor bo'lsa bir necha daqiqa o'tgach rang o'zgaradi. Helicobacter pylorini kulturada o'rganish qiyin, serrologik yo'l bilan tekshirib bo'lmaydi.

Rentgenologik tekshirish

Oshqozonni tekshirish uchun rentgenografik va rentgenoskopik metodlar qo'llaniladi. Rentgenoskopik tekshirish orqali oshqozonning harakat funksiyasiga taxminiy baho berish mumkin. Bemorni tekshirishga tayyorlash uchun kechqurun engil ovqatlanadi va o'sha kuni ertalab tozalovchi klizma qilinadi. Tekshirish och qorinda va vertikal holatda o'tkaziladi. Kontrast modda sifatida bariy sulfat qo'llaniladi. Tekshirish oshqozon shilliq qavatining relefini o'rganishdan boshlanadi. Ovqat hazm qilish stadiyasiga bog'liq ravishda oshqozon burmalari keng doirada o'zgaradi (burmali yoki tekislashgan). Burmalar yo'nalishi buzilgan soha patologik o'choq hisoblanadi. Tekshirishning muhim komponenti bu oshqozon konturlarini o'rganish hisoblanadi. Malum bir joydagi doimiy botiqlik soyasi "tokcha" (nisha) termini bilan yuritiladi (oshqozon yarasiuning tipik belgisi). Oshqozon ma'lum bir sohasining kontrast modda bilan to'lmasligi oshqozon deffekti deb ataladi ('osma oldi holati).

Fibroezofagogaastroduodenoskopiya.

Tolali optikadan foydalana boshlangach gastroduodenoskopiya intensiv rivojlanaib bordi. Hozirgi kunda bu metod oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklariga tez va aniq ma'lumot beradigan metod hisoblanadi. Ushbu metod yordamida morfologik tekshirish uchun biopsiya olish mumkin.

FEGDS o'tkazish uchun asosiy ko'rsatmalardan biri bu hazm trakti yuqori qismidan qon ketish va epigastral sohada og'riq hisoblanadi. Bu metodning qulayliklaridan biri bu uzoq vaqt qon ketishini mahalliy davolash shuningdek rentgenologik tekshirishda aniqlab bo'lmaydigan shilliq qavatdagi o'zgarishlarni aniqlash mumkin. Rentgenologik tekshirishda oshqozonda yara aniqlanganda, o'smaning yaraga aylanmaganligini gistologik tasdiqlash uchun endoskopik tekshirish olib borish kerak. Oshqozonning har qanday o'smasiga gumon qilinganda (shuningdek tana massasining kamayishi, anemiya) endoskopik tekshirilishi shart. Vaholanki

endoskopik tekshirish rentgenologik tekshirishdan farqli ravishda bazi bir holatlarda oshqozon o'smalarini aniqlashga yo'l qo'ymaydi. Masalan infiltrativ o'suvchi oshqozon o'smasini aniqlab bo'lmaydi, chunki u shilliq qavat butunligini deyarli o'zgartirmaydi.

Oshqozon shilliq qavatidan biopsiya olish va uni gistologik tekshirish.

Ushbu tekshirish metodidan o'sma bor yoki yo'qligini aniqlash uchun foydalaniladi. Tekshirish uchun bir necha joydan to'qima olinadi. 80-90% holatlarda diagnoz to'g'ri chiqadi. Baza yolg'on manfiy yoki musbat natija berishini ham inobatga olish kerak. Oxirgi paytlarda bu metoddan *Helicobacter pylori*ni aniqlash uchun foydalanilmoqda. Biopsiatni tekshirish nafaqat mikroorganizmni o'z vaqtida aniqlashga shuningdek morfologik o'zgarishlarni aniqlashga ham yordam beradi (masalan, yallig'lanish, atrofiya, metaplaziya.)

Gastrit, uning turlari. Tekshirish usullari, davolash

Gastrit – me'da shilliq qavatining yallig'lanishi bo'lib, o'zgarishlari o'tkir jarayon bilan rivojlanadi. Morfologik hamda funksional qayta qurilishi va rivojlanib boruvchi atrofiya bilan surunkali davom etadi. Gastrit klinik, endoskopik va morfologik nuqtai nazaridan ko'pincha nomutanosib, lekin klinik–morfologik jihatdan ular o'tkir va surunkali gastritlarga bo'linadi.

O'tkir gastrit

Kasallik sababsiz rivojlanishi mumkin. Bunda dag'al va to'liq bo'lmagan yaxshi sifatli mahsulotlar, turli mikroorganizmlar (stafilokokk, salmonellalar) bilan zararlanish, dori vositalari birinchi o'rinda aspirin va boshqa nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar (NYQD) qabul qilishdan paydo bo'ladi. NYQD prostoglandinlarni ingibitsiyalanishi bilan bog'liq bo'lib, bunda ko'pincha o'tkir eroziv gastrit kelib chiqadi; oxiri ichimlik ichish, ma'lum bir oziqa mahsulotlariga allergiya, kuyish, travma va operatsiya natijasidagi stress tufayli kelib chiqishi mumkin.

Eroziv gastritning kelib chiqishi me'da shilliq qavatida qon aylanishining buzilishi bilan kechadigan (yurak yetishmovchiligidagi dimlanish) nafas, buyrak va jigar yetishmovchiligida, NYQD tasirida ham kuzatilishi mumkin.

Klinikasi. O'tkir kataral gastritda epigastral sohada og'riq, dispeptik sindrom (ko'ngil aynishi, oziq-ovqat, shilliq va o't suyuqligi aralashgan qusishga), ba'zan subfebril isitma bilan xarakterlanadi. Simptomlari me'da shilliq qavatida patogen faktorlar ta'siri 6-8 soatdan keyin paydo bo'ladi. FEGDS qo'llanilganda odatda me'da shilliq qavatida diffuz giperemiya kuzatiladi.

O'tkir eroziv gastrit turli ko'rinishdagi va davomiylikdagi qon ketishi bilan asorotlanishi mumkin (shuning uchun bu o'tkir gastritning xavfli shaklidir). Bemorning epigastral sohasi palpatsiya qilinganda yengil og'riq yoki diskomfort

ig'ilganda timpanik tovush eshitiladi. Rentgenologik tekshirish kam ma'lumot

beradi. Diagnoz FEGDS bilan tasdiqlanadi, bunda ko'p sonli eroziya va giperemiya aniqlanadi. Shilliq qavatni kechroq bosqichlarida atrofiyasi yoki bo'lmasa gipertrofiyasini ko'rishimiz mumkin. Me'da shilliq qavati burmalari qalinlashadi yoki tekislanishi mumkin.

Davolash

Birinchi o'rinda me'da shilliq qavatini ta'siraydigan dori vositalari rad etiladi. Asosiy kasallikni davolash bilan bir vaqtda uning asosida rivojlangan eroziyani og'riqsizlantirish, qon ketishlar o'rni to'ldiriladi. Yaraga qarshi zarar yetkazmaydigan dieta tayinlanadi. Kerak bo'lganda me'da shirasi kislotaligini kamaytiradigan dori vositalari bilan davolanadi.

Surunkali gastrit

Surunkali gastrit-me'da shilliq qavatining surunkali yallig'lanishi bo'lib, bunda strukturasining qayta qurilishi va rivojlanib boruvchi atrofiya, motor, sekretor, evakuator va boshqa funksiyalarining buzilishi bilan kechadigan kasallikdir.

Diagnoz qo'yish uchun ko'pincha endoskopik usuldan foydalaniladi va aniq malumot beradi, asosan ma'lumotlar biopsiya materialini gistologik tekshirishda olinadi. Kasallik boshlang'ich bosqichlarida shilliq qavat yuzaki buzilishlari limfotsitar va plazmotsitar infiltratsiya bilan birga bo'lib, kechki bosqichlarida esa shilliq qavat bezlari shikastlanadi va oxirida gastrit rivojlanib shilliq qavat atrofiyalanadi, burmalari kamayadi. Etiologik faktorlar orasida birinchi o'rinda *Helicobacter pylori* turadi, shuningdek mikrobo'lmagan faktorlar (alkogol, NYQD, kimyoviy agentlarning ta'siri, o't refluksi, dori vositalari) va autoantitelo ishlab chiqarish hisoblanadi.

Klinik manzarasi; Surunkali gastrit simptomsiz kechishi mumkin. Kasallikning klinik ko'rinishiga quyidagilar xos:

-Epigastral sohada og'riq bo'lib, u kechki emas va aniq lokalizatsiyalanmagan, tarqoqdir.

-Dispeptik sindromlar: epigastral sohaning dam bo'lishi, u ovqat iste'mol qilish bilan bog'liq; kekirish, ko'ngil aynishi, qusish, ishtahaning buzilishi, qorinning shishishi, kuldirashi, meteorizm, turg'un bo'lmagan ich ketishi. Gastritda yuqori yoki normal sekretor funksiyaaning klinik namoyon bo'lishida gastritda hosil bo'ladigan kislota va pepsin ishlab chiqarishining yetarli bo'lmaganligi bilan farq qiladi.

-sekretor funksiyasi normal yoki yuqori bo'lgan gastritda, zarda qaynashi, nordon kekirish, ovqat iste'mol qilgandan keyin epigastral sohaning og'irlashuvi va to'mtoq sanchiluvchi og'riqning bo'lishi (ba'zan "och qolish" yoki "kechki" og'riqlar), ich qotishga moyil bo'ladi.

-Sekretsiasiyasi yetarli bo'lmagan gastritlarda quyidagilar xarakterli: epigastral sohada to'mtoq og'riq va shish, ko'ngil aynishi, ishtahaning pasayishi, og'izda yoqimsiz ta'm, hidlangan kekirish, kuldirash, ich ketishiga moyil bo'lish. Bulardan tashqari, gipovitaminoz (terining qurishi, tirnoqlarning o'zgarishi) va ba'zan demping sindromi (ovqat yegandan keyin kuchsizlik, ko'p terlash, bosh aylanishi, yurak tez urishi) belgilar kuzatiladi.

Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar. Bemorlar og'iz bo'shliqlari ko'zdan kechirilganda milkalaridan qon oqishi, tilining qalinlashganligi, qizarganligi, so'rg'ichlari tekislanganligi, atrofida tishlari izi borligi, xeyloz va angulyar stomatit rivojlanganligini ko'rishimiz mumkin hamda terisi quruqligi ko'zga tashlanadi.

Instrumental tekshirish metodlari

Oxirgi diagnoz ko'pincha FEGDS yoki shuningdek biopsiya materialini gistologik o'rganib qo'yadi. Nihoyatda muhim *Helicobacter pylori*ni aniqlash hisoblanadi (eradikatsion terapiya bilan davolash mumkin). Me'da sekretor funksiyasi me'dani fraksion zondlash orqali unda me'da sekretsiasiyasini stimullovchilar (gistamin, pentagistamin) qo'llash orqali aniqlanadi.

Qon zardobida gastrin darajasining kamayishi asosan me'da antral sohasi shikastlanganda aniqlanadi. Kontrastli rentgenologik tekshirish o'tkazish maqsadga muvofiq emas, chunki unda o'zgarishlar xarakteri aniqlanmaydi.

Davolash

Surunkali gastrit yengil kechsa odatda maxsus davo kursi talab etmaydi. Dietaga rioya qilish tayinlanadi, u yengil o'zlashtiradigan ovqatdan iborat bo'ladi va alkogol va NYQD qabul qilmasligi kerak.

-Kerak bo'lganda B12, shuningdek me'da shirasi yoki ovqat bilan xlorid kislota tayinlanadi.

-Agar *Helicobacter pylori* aniqlansa eradikatsion terapiya o'tkaziladi (trixapol, metronidazol va h.k.). Og'riqni olish maqsadida no-spa, platifilin; reparativ jarayonlarni yaxshilash maqsadida Aloe 1,0; hazm jarayonlarini yaxshilash maqsadida festal, mezim, kreon va b.q.; vitaminoterapiya.

NYQD -gastropatiya.

1986-yil S.N. Roth tomonidan NSAID-gastropathy (NYQD -gastropatiya) terminini taklif qildi. Bu dunyoda gastroduodenal zonaning eroziv yarali shikastlanishi hisoblanadi va u shu preparatlarni iste'mol qilish bilan bog'liq bo'lib, klinik endoskopik ko'rinish bilan xarakterlanadi.

NYQD -gastropatiya patogenez. NYQD -gastropatiyalarining patogenezini to'g'ridan-to'g'ri zamonaviy tushunchalar tsiklooksigenaza (TSOK, prostaglandin sintetaza) konsepsiyasiga asoslangan. Ammo NYQD terapiyaning birinchi kunlarida bu vositalarning asosiy roli mahalliy jarohatlovchi effektlarga bog'liq: ko'pchilik NYQD kuchsiz organik kislota hosilalari bo'lib, me'daning kislotali muhitiga ionlanishmaydi va epiteliotsitazalarning gidrofob membranasi orqali o'tadi. O'sha vaqtning o'zida shilliq qavatda lokal shikastlanish ro'y beradi-adaptatsiya fenomeni qisqa davrda yarim chiqaruvchi preparatlar uchun yozilgan (voltaren, diklofenak, ibuprofen): ularni prostaglandinlar ifodalamaydi, balki o'stiruvchi faktorlar ifodalaydi va erta NYQD -gastropatiyaga adaptatsiya spontan bitishga moyil bo'ladi. Konstitutsional izoforma TSOK-1 ingibitsiyalanganda NYQD og'ir gastroduodenal shikastlanish- endoskopik va klinik yaralarni keltirib chiqaradi. Prostaglandin 12 yetishmovchiligida me'da devorida qon oqimi yomonlashadi, bu NYQD -gastropatiyaning muhim patogenetik zvenosi hisoblanadi. Prostaglandin E2 sintezining pasayishi bikarbonat va shilliq sekretsiasiyasini kamaytiradi, kislota maxsulotlarining ortishi himoya hamda agressiya faktorlari disbalansi kuchayadi. Bu ultserogenezga ega bo'ladi va antisekretor hamda gastroprotektor moddalarning kuchli profilaktik effekti bilan tushuntiriladi. NYQD-gastropatiya lokalizatsiyasi ko'pincha me'da antral qismida bo'ladi. Nihoyat gastroduodenal zonada NYQD ikkilamchi adaptatsiyasi sodir bo'ladi (prostaglandinli gastroproteksiya fenomeni) 3-4 oydan keyin NYQD-gastropatiya qabul qilish xavfi pasayadi.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi. Zamonaviy ultserogenez nazariyalari.

Bu kasallik shilliq qavat butunligini xlorid kislota va pepsin saqlagan oshqozon shirasi ta'sirida buzilib, peptik yara paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Shilliq qavatdagi yara dispeptik sindrom va qorindagi uzoq davom etuvchi og'riqning asosiy sababi hisoblanadi. Kasallik silliq kechib, unga mavsumiylik xos (bahor va kuz).

Yara kasalliklari ichida 12 barmoqli ichak yarasi ko'proq uchraydi hamda o'tkir va surunkali kechishi mumkin.

Yara kasalliklari joylashishi bo'yicha;

Meda yarasi-kardial

Subkardial

Tana qismi

Antral qismi

Pilorik qismi yarasi uchraydi

12 barmoqli ichak yarasi;

Bulbar

Postbulbar yaralar uchraydi. Yaralar soi bo'yicha bir yara yoki ko'p yara bo'lishi mumkin.

Yaralar davri bo'yicha; xuruj davri;

Chandiqlanish davri;

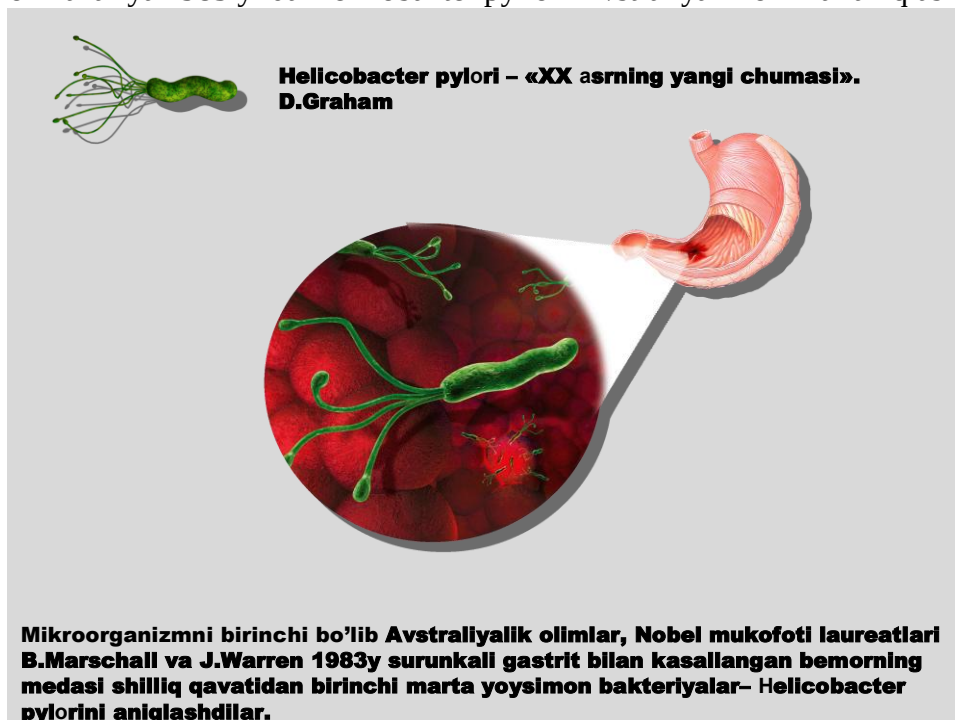
remissiya davri;

Etiologiyasi va patogenez

Yara rivojlanishi shilliq qavat butunligini ta'minlaydigan himoya va agressiya omillar o'rtasidagi balans buzilishi bilan ta'riflanadi.

Yara kasalligini etiologiyasida genetik moyillikni ham ahamiyati kattadir. Avlodidan avlodga o'tishi to'g'risida aniq malumot yo'q. Yara hosil bolishiga olib keluvchi sabablar quyidagilar bo'lishi mumkin.

Infektsion nazariya 1983 yilda Helikobakter pylori Avstraliyalik olimlar aniqlashdi;



Pepsinogenni ko'payishi;

G hujayralar giperfunktseyasi;

I (0) qon guruhi;

Alfa antitripsin etishmovchiligi;

Alfa makroglobulin etishmovchiligi;

Mukoproteidlar etishmovchiligi;

B5, B15, B35 HLA antigen mavjud kishilarda ko'proq kuzatiladi.

Patogenez. Kasallik rivajlanishiga agressiv va himoya omillari orasidagi muvozanatni buzulishi yotadi. Agressiya omillari va gastroduodenal gipermotor diskineziya medadagi oziq-ovqat va meda shirasini tezda 12

barmoqli ichakka evakuatsiya qiladi va meda shirasi tarkibidagi xlorid kislota shilliq qavatga tasir qiladi. Agressiv omillarga quyidagilar kiradi;

Xlorid kislota;

Pepsin;

NYQD, alkogol;

O't kislotalari;

Meda va 12 barmoqli ichakni motor evakuator funksiyasini buzulishi yotadi. **G hujayralarda** sintezlanadigan gastrin, pepsin hamda xlorid kislota ishlab chiqarilishini kuchaytirib agressiv omilni yuzaga olib keladi. Gastrin sintezini vagus xolinergik (adashgan nerv) kuchayish (stimulyatsiya), medani antral qismi cho'zilishi, oqsillarni qisman hazm bo'lishi, o't suyuqligi, katexolaminlar, spirtli ichimliklar va medani antral qismi ishqoriy muhit kuchaytiradi. Aksincha uni sintezini pH ni antral qismda pasayishi, xolinergik qamal, sekretin, somatostatin, prostoglandinlar va vazoaktiv interstitsial peptidlar kamaytiradi. Adashgan nerv parietal hujayralar M xolinoretseptorlarga tasir qilib xlorid kislota sintezini kuchaytiradi, gastrinni gipersekretsiyasi bilan ham tasir qiladi. **Gistamin** medani antral qismidagi semiz hujayralar (Lamina propria) dan ajralib chiqadi va tasir qiladi.

Gastrin yoki xolinergik mediatorlarni, parietal hujayralar kislota ishlab chiqarishini gistamin stimullaydi. Bu esa H₂-gistamin retseptorlari antagonistlarini (simetidin, ranitidine va b.q.) terapevtik effektini tasdiqlaydi. AKTG meda sekretsiyasini kuchaytiradi va meda shilliq qavatidagi shilliqni kamaytiradi, shu munosabat bilan agressiv omillarni tasiri kuchayadi.

Meda sekretsiyasini pasaytiruvchi omillar.

12 barmoqli ichakning S hujayralarida va ingichka ichakning proksimal qismida ishlab chiqaruvchi sekretin shilliq ishlab chiqarishi kuchaytiradi, gastrin va xlorid kislota ishlab chiqarilishini kamaytiradi, silliq mushaklarni qisqartiradi. Medaning antral qismi va meda osti bezining D hujayralarida ishlab chiqariluvchi somatostatin gastrin ishlab chiqarilishini susaytiradi. Ingichka ichak hujayralarida ishlab chiqariluvchi vazoaktiv interstitsial peptid hamda ko'p miqdordagi yog'lar va uglevodlar gastin ishlab chiqarilishini sekinlashtiradi.

Himoya omillariga quyidagilar kiradi.

Shilliq qavatning agressiv omillar tasiriga rezistentligi;

Shilliq hosil bo'lishi;

Bikarbonatlar produktsiyasi;

Meda ichak yo'li yuza epiteliysini fail regeneratsiyasi;

Shilliq qavatni etarlicha qon bilan taminlanishi;

Shilliq qavat devorida prostoglandinlarni etarlicha saqlanishi;

Immun tizim himoya qiladi.

Meda shilliq qavatini himoya funksiyasini pasaytiruvchi omillar.

Xlorid kislota, pepsin, o't kislotalari.

Yara kasalligida HCl sekretsiyasi normada, hatto pasaygan bo'lishi mumkin. Kasallik patogenezida shilliq qavat rezistentligining pasayishi yotadi, bundan tashqari pilorik sfinkterning susayishi natijasida o't kislotalarining me'daga otilishi ham ahamiyat kasb etadi. 12 barmoqli ichak yara kasalligida esa asosiy rol ni kislota-peptid faktori o'ynaydi.

Gastroduodenal reflyuks tufayli medaga tushuvchu o't kislotalari meda shilliq qavatini vodorod ionlariga o'tkazuvchanligini oshiradi va bu medada xlorid kislota hosil bo'lishini kuchaytiradi yani medada kislotali muhitni oshiradi.

Helikobakter pylori shilliq osti qavatda, vorsinkalar orasida, hujayralar oralig'ida joylashib ko'pgina fermentlar ureaza, proteaza, NO sintetaza ishlab chiqarib to'g'ri tsitotoksik tasir qiladi, medada bosh hujayralarni faollashtiradi, xlorid kislota va pepsinogen-1 ishlab chiqarilishini kuchaytiradi, mahalliy yallig'lanish chaqiradi, shilliq qavatda hujayralarni o'sishi va regeneratsiyasini pasaytiradi, medada bodorod ionlarini harakatini susaytiradi va shilliq qavat himoya bareri pasayadi.

Shilliq qavatda arteriolalar va kapilyarlarni spazmi, venulalarni kengayishi shilliq qavatda gipoksiya rivojlanishiga olib keladi. Bu metabolik jarayonlarni susaytirib regeneratsiya jarayonini pasaytiradi, hujayralar o'tkazuvchanligini oshiradi.

Adrenalin va noradrenalin adenilattsiklazani faollashtiradi, tsAMF miqdorini meda va 12 barmoqli ichak hujayralarida ko'paytirib meda shilliq qavati lizasomalarini faoliyatini buzadi. IgA yetishmovchiligi va ishemiyaga olib keluvchi mikrosirkulyatsiya ham shilliq qavat rezistentligini kamayishiga olib keladi

Meda shilliq qavatini himoya funksiyasini oshiruvchi omillar.

Prostaglandin E shilliq qavatda bikarbonatlarni hosil bo'lishini kuchaytiradi, tsitoprotektiv tasir qiladi, gastroduodenal shilliq qavatda mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydi. Ular shilliq qavat epiteliysini agressiv omillardan himoya qilishda markaziy rol o'ynaydi. Prostoglandinlar sintezida kalit ferment – siklooksigenaza (SOG) bo'lib, organizmda 2 formada uchraydi. SOG-1 va SOG-2

SOG-1 – u me'dada, buyrakda, trombosit, endoteliyda bo'ladi.

SOG-2 induksiyasi yallig'lanish natijasida yuzaga keladi, bu fermentni ishlab chiqarilishi yallig'langan hujayralar tomonidan amalga oshiriladi.

NYQD klinik effekti SOG-2 ni kamaytirish bilan bog'liq bo'lib, nojo'ya ta'sir sifatida SOG-1 ni ham kamaytiradi. Bu esa me'da shilliq qavati himoya qatlami buzilishi bilan kechadigan, yara kasalligiga yaqin xarakterga ega bo'lgan gastropatiya rivojlanishiga olib keladi. Hozirda yallig'lanish kasalligida effektiv va bexavotir bo'lgan SOG-2 selektor ingibitorlariga katta umid bog'langan. Nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalar prostoglandinlar sintezini pasaytiradi.

Endogen opiatlar gastrin va somatostatinlar miqdorini kamaytiradi va spazmolitik tasir qiladi.

Yara rivojlanishida noxush omil bo'lib albatta tashqi omillar: stress, parhezning buzilishi, chekish kabilar ham xizmat qiladi.

Ulsrogenezni asosiy nazariyalari

Travmatik 1912 L.Aschoff.

Qon-tomirli 1852 R.Virchov.

Peptic 1856-1878 C.Bernard – H. Quincke, Kislota-peptid faktori 1956 L.R.Dragstedt.

Kortiko-vitseral 1949 K.M. Bikov – I.T. Kurtsin.

Bacterial 1983 B.Marshall., A.Warren kabi nazariyalar oldinga surilgan.

Klinik kechishi

Yara kasalligini klinik simptomlari yaraning lokalizatsiyasi, chuqurligiga va qo'shimcha gastrit, gastroduodenit bilan birga kechishi bilan bog'liq. Kasallik xuruj va remissiya bilan kechib, asosan kuzda va bahorda xuruj qiladi.

Xarakterli belgilari – ovqat qabul qilish bilan bog'liq bo'lgan qorindagi og'riq va dispeptik belgilar.

-- Og'riq epigastral sohada lokalizatsiyalanadi, ovqat egandan keyin tezda paydo bo'lsa medaning kardial qismi yaralariga xos bo'lib, bemorlar ovqat eyishdan qo'rqadilar. Og'riq belga, umurtqaga (bel qism) irradiatsiyalanadi, bu ko'proq yara me'daning orqa devorida bo'lganda xos. Og'riq ovqat qabul qilganda paydo bo'ladigan – erta (ovqatdan 30-40 min dan keyin, bu oshqozon yara kasalligiga xos). Og'riq xurujida kislotali tarkibga ega oshqozon massasi bilan qusish kuzatiladi, bundan keyin esa og'riq tez susayadi, bemor engillik sezadi. Kechki (ovqatdan 3-4 soat keyin va tungi og'riqlar, 12 barmoq ichak yarasiga xos) paydo bo'ladi. Og'riq sindromini ovqatlangandan so'ng, kislotalilikni kamaytiradigan modda (masalan sut) istemol qilish kamaytiradi, sezon (bahor, kuz)xarakterga ega.

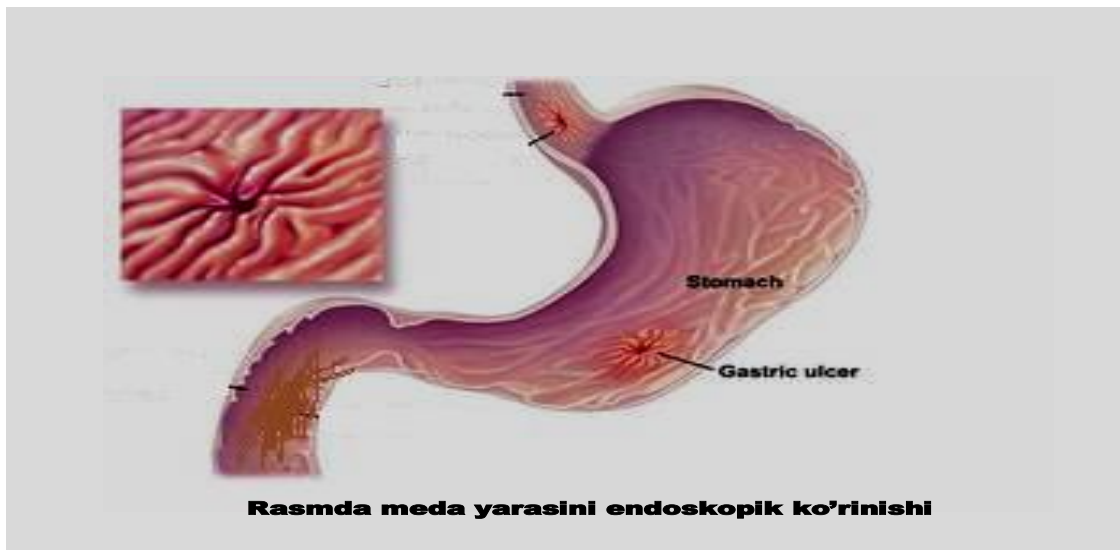
-- Yara kasalligining o'tkirlashuvi (ayniqsa 12 barmoqli ichak yarasi) ko'pincha yo'g'on ichak motorikasi buzilishi bilan bog'liq qabziyat bilan kechadi (5% bemorda bu asosiy symptom hisoblanishi mumkin).

-- Zarda qaynash, kekirish kuzatilishi mumkin.

Ko'zdan kechirganda til karash bilan qoplangan. Qorinni palpatsiya qilganda mushaklar biroz tarang, epigastral sohada yoki 12 barmoqli ichak ildizi sohasida og'riqni aniqlash mumkin. Og'riq asosan bir nuqtada bo'ladi. Bazi bir bemorlarda epigastral sohada, meda ustida turtkilovchi perkussiya qilganda og'riq sezadilar-**Mendel simptomi**. Bazanda ko'krak va bel umurtqalari tanasi va o'simtasi sohasida og'riqli nuqtalar aniqlanadi (simptom Boasa, Openxovskogo, Pevznera). Bir xil bemorlarda ko'krak oldiyonlari va orqa yuzasida Zaxarin-Gedning giperesteziya zonalari aniqlanadi, asosan D5-D9 segmentlarda.

Bemorlarni rentgenoskopik tekshiruvda bariu sulfat beriladi va tokcha (nisha) simptomi va ko'rsatkich barmoq simptomi musbat bo'ladi.

Gastrofibroduodenoskopiya tekshiruvda yarani, yaradan keyingi chandiqni, gastrit, duodenitni ko'rishimiz mumkin. Endoskopik tekshiruvda shilliq qavat burmalari tekislangan atrofida qizarish bo'ladi, qon ketish bosqichida uni ko'rishimiz mumkin, poliplarni ko'rishimiz mumkin. Biopsiya olish mumkin.



Laborator tek

Asoratlari

- Perforatsiya
- Qon ketish
- Pilorik qism stenozi
- Qo'shni organga penetratsiyalanishi
- Malignizatsiya

Perforatsiya “xanjarsimon” og'riq bilan xarakterlanib, keyinchalik o'tkir peritonit rivojlanishiga olib keladi.

Qon ketish ko'pincha 12 barmoq ichak yarasida kuzatiladi. Ba'zan qon ketishni faqatgina axlatni yashirin qon ketishga tekshirgandagina aniqlash mumkin. **Axlat Gregerson usulida tekshiriladi.** Axlatni plastic **SARSTEDT** konteynerda grek yong'og'i razmericha olinadi va tekshirish uchun etqaziladi. Agar axlatda gijja tekshirish kerak bo'lsa demak 2 ta konteyner kerak bo'ladi. Gregerson usulida yashirin qon ketishga tekshirishdan 3 kun oldin parhez saqlash lozim bo'ladi. Buning uchun ovqat ratsioni tarkibida baliq, go'sht, yashil poliz maxsulotlari, pomidor va temir moddasi saqllovchi oziq ovqat maxsulotlari bo'lmasligi lozim. Analiz uchun olingan axlat 12 soatdan kechiktirmasdan tekshiriladi va +2 +8°C yuqori bo'lmagan harorat bo'lishi kerak, sovutgichda saqlanadi. Lyambliar biroz chidamli bo'lganligi tufayli ular tsistasini topish uchun 24 soat ichida analizga yuborsa ham bo'ladi.

Pilorik qismi stenozi u ko'pincha 12 barmoq ichak yara kasalligida, kam hollarda me'dada bo'lganda kuzatiladi. Bu jarayonni rivojlanishi bilan bemorlar ovqatlanish og'riqni kamaytirmay balki oshirishini sezishadi. Ko'proq xarakterli bo'lgan simptomlari—kop' miqdorda qusish bunda bemor ko'p miqdorda me'da shirasini yo'qotadi, bu esa gipoxloremiya va buyrak yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Yuzaki sirpanuvchi palpatsiyada epigastral sohada “shopillagan” shovqinni sezish mumkin. Stenoz sababi FEGDS va gistologik tekshirish uchun olingan biopsiya orqali aniqlanadi (bu me'da raki va pilorik qism gipertrofiyasini inkor qilish uchun).

Penetratsiya bu termin orqali infiltrlanuvchi-destruktiv protsessni me'da va 12 barmoq ichakning qo'shni organlar — jigar, me'da osti bezi, charviga o'tishi ta'riflanadi. Bunda tana haroratining subfebril oshishi, EChT oshishi kuzatiladi.

Parhez

Ratsiondan dispeptik holat chaqiradigan va me'da sekretsiyasini oshiradigan mahsulotlar (o'tkir ziravorlar, konservalar, achchiq choy, kofe, alkogol, qovurilgan go'sht) chiqarish kerak. Bo'lakli ovqat qabul qilish (har 3-4 soatda), ya'ni 1 martalik ovqat hajmini kamaytirish me'da sekretsiyasini kamaytirishda muhim ahamiyatga ega. Chunki ovqat miqdori sekretsiyani stimullaydi parhez bilan bir vaqtda chekishni ham cheklash kerak.

Davolash

Davolash ko'p hollarda murakkab. Yara bitishi uchun me'da shirasi kislotaligini neytrallash va MNSda qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlarini meyorlashtirish kerak. Og'riq oluvchi-no-spa, platifillin; proton nasos

ingibitorlari (omeprazol, omez, kvamatel va b.q.), solkoseril, ranitidine va h.k.; reparativ jarayonlarni yaxshilash maqsadida Aloe 1,0, de-nol; vitaminoterapiya.

Eradikatsion terapiya

Helicobacter pylori aniqlangach davolash *Helicobacter pylori*ni yo'qotishga (eradikatsiya) qaratiladi. Bugungi kunda eradikatsion davo 1-navbatdagi davo deb hisoblanadi. Qat'iy standartlashtirilgan sxema asosida davo olib boriladi, bunda 3 yoki 4 komponentli bakteriotsid moddalar (tetrasiklin, klaritromitsin, metranidazol, trixapol) va vismut va proton nasos ingibitorlari (omeprazol) dan foydalaniladi. Eradikatsiya 85-90 % bemorda yaxshi samara bergan, *Helicobacter pylori* retsidivlanishi kam kuzatilgan.

Xirurgik davo

Xirurgik davo konservativ davolash natija bermaganda va shoshilich holatlarda (yara perforatsiyasi, profuz qon ketish yaraning malignizatsiyasi, chandiqlik-yarali pilorik qism stenozida) asosiy davo metodi bo'lib sanaladi.

Ichak ta'sirlanish sindromi

Ta'sirlangan ichak sindromi – turg'un qator funksional buzilishlar yig'indisi bo'lib, unda og'riq yoki qorinda discomfort, defekatsiyadan so'ng ularning kamayishi ich ketishining chastota va konsistensiyasii o'zgarishi bilan va 2 martadan kam bo'lmagan turg'un (yiliga 3 oydan kam bo'lmagan) ichak funksiyasining buzilish simptomlari kiradi.

- ich ketishining chastotasining o'zgarishi
- defekatsiya aktining o'zgarishi
- najas konsistensiyasining o'zgarishi
- najas bilan shilliq ajralishi
- meteorizm

Shunga e'tibor qaratish lozimki bu patalogik o'zgarishlar yo'g'on ichak funksiyasining buzilishi oqibatidir. Bunda yo'g'on ichakda morfologik o'zgarishlar sust namoyon bo'ladi

Kasallikning klinik simptomlari

Bir qism bemorlarlarda spastik kechadigan qabziyat va qorinda og'riq bo'lsa, ba'zilar suvsimon diareyaning normal ich o'tishi bilan almashinishi, o'g'riqsiz kechishi kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda og'riqli qabziyat diareya bilan almashinadi, bu ko'pincha ertalablari, nonushtadan keyin kuzatiladi. Ertalabki suv va shilliq 3-4-mahalli diareyadan so'ng bemor o'zini kun davomida yaxshi sezishi, uni diareya umuman bezovta qilmasligi mumkin. Bunday hodisalar bir necha hafta, hatto oylar davomida davriy davom etishi va noma'lum vaqtga to'xtashi mumkin. Dizbakterioz rivojlanishi bilan ichakdagi bijg'ish va chirish tufayli meteorizm kuzatiladi.

Fizikal tekshiruv

Og'riq paytida qorin shishgan, peristaltikaning kuchayish belgilari ko'rinmaydi. Palpatsiyada qorin yumshoq, chambar ichakning hamma qismida og'riq aniqlanadi. Sigmasimon ichak spazmga uchragan, qattiqlashgan, ko'r ichak ko'pincha shishgan va palpatsiyada quldirash, bazan og'riq aniqlanadi.

Diagnostika

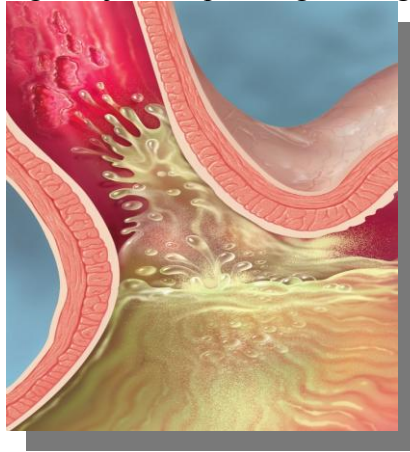
- qon analizida, bioximik tekshiruvda ham o'zgarishlar kuzatilmaydi;
- najasni tekshirish disbakterioz belgilarini aniqlashda yordam beradi;
- rentgenologik tekshiruvlar(irrigografiya, irrigoskopiya) da diskineziyaning o'ziga xos belgilarini: notekis to'lish va bo'shashish, spastic qisqargan va kengaygan ichak qismlarini ko'p miqdorda ichak bo'shlig'iga sekretiya ajratishini almashinishi;
- kolonoskopiya biopsiya bilan albatta o'tkaziladi, chunki bioptatlar ta'sirlangan ichak sindromini ichak yallig'lanishida farqlashga yordam beradi.

Bundan tashqari ta'sirlangan ichak sindromi diagnostikasi uchun butun oshqozon ichak traktini yallig'lanish va o'smaga inkor qilish uchun maxsus tekshiruvdan o'tkazish kerak.

GERK simptomotologiyasi. Klinik ko'rinishlari. Zamonaviy klinik va instrumental (sutkalik ph-ko'rsatkichi. "Bravo" ph radiokapsulasi, impedansometriya) diagnostikasi.

Reflyuks-ezofagit

Reflyuks kasalligining kelib chiqishiga sabab me'da shirasi va ingichka ichak shilliq qavati shiralarining qizilo'ngachga chiqishidir. Buning natijasida qizilo'ngachning yallig'lanishi, ba'zan esa



eroziya va shilliq qavatda yara hosil bo'ladi.

Reflyuks kasalligining davom etish muddati Berret qizilo'ngachi deb nomlangan maxsus holatning paydo bo'lishiga olib kelib, unga qizilo'ngachning pastki shilliq qavatining epiteliy metaplaziyasi xosdir-bunda me'da yoki ichak tiplari mos kelib, ular qizilo'ngach rakiga aylanishi mumkin.

Etiologiyasi-Reflyuks-ezofagit diafragmaning qizilo'ngach tirqishi churrasi, sistemali sklerodermiya, qizilo'ngach pastki sfinkterining ortirilgan zaifligi hamda homiladorlikda kelib chiqishi mumkin.

Klinik ko'rinishlari-Shikoyatlari og'riq va to'sh ortida zarda qaynashi, ayniqsa issiq yoki sovuq ovqat hamda kislotali muhitni oshiruvchi ovqatlardan (yallig'langan shilliq qavat qizilo'ngach muskullarini spazmini chaqirishi bilan javob qaytaradi) keyin kuchayadi. To'sh ortidagi og'riqlar va zarda qaynashi odatda ovqatdan keyin (ayniqsa ovqat ko'p istemol qilinganda) va egilishlarda (oldinga egilishda yoki yotganda) kuchayadi. Holatning yengil bo'lishi vertikal holatda shuningdek ishqorlantiruvchi vositalar qabul qilganda yuzaga keladi. Og'ir holatlarda esa bunday og'riqlar yoki yomon hissiyotlar bo'yin yoki ikki qo'l sohasiga ham tarqalib stenokardiya o'xshagan holatni yuzaga keltiradi. Bundan tashqari kechqurunlari nafas yo'llariga me'da shirasi aspiratsiyasi natijasida kuchli yo'talishlarga ham olib kelishi mumkin.

Diagnostikasi-qizilo'ngach monometriyasi. Reflyuks kuzatilganda bosim odatda bosimning quyi chegarasining 1/3 dan ham kam bo'ladi

-Reflyuks-ezofagit tashxisini tasdiqlash uchun ba'zan qizilo'ngach pastki sohasining ph ko'rsatkichi o'lchanadi (normada $\text{ph}=5-6$; reflyuks-ezofagitda esa $\text{ph}=1-2$ ga tushadi).

-Ba'zan kuchsiz kislotali aralashma qabul qilgandagi zarda qaynashiga ham sinama o'tkaziladi yoki reflyuksda invaziv test usuli qo'llanilib, qizilo'ngachning distal qismiga Ph metr elektrod kiritiladi

-Epiteliy metaplaziyasi va qizilo'ngach eroziyasi holatlarini morfologik aniqlash sitologik va biopsiyali endoskopiya tekshirishlarni o'tkazish orqali aniqlanadi

-Ichga bariy sulfat yuborish yordamida rentgenologik tekshirishlar reflyuks-ezofagit kasalligini deyarli 60 % hollarda aniqlash imkonini beradi.

Ko'rinishlari	Metodning imkoniyatlari
Sutkalik ph-ko'rsatkichi	ph ko'rsatkichining 4dan kichik 7dan katta ko'rsatkichini hamda davomiyligini aniqlaydi. Shuningdek uning subyektiv simptomlar bilan bog'lanishini aniqlaydi. (ovqat qabul qilish, tananing holati, dori qabul qilish, chekish) preparatlarning qo'llanilish effektivligini nazorat qilish va individual terapiya imkoniyatlarini beradi.
48 soatlik (zondsiz) ph ko'rsatkichini "Bravo" radiokapsulasi yordamida aniqlash	Bemorda ortiqcha noqulayliklarni keltirib chiqarmasdan qizilo'ngachdagi muhit ph ko'rsatkichni zondsiz 48 soat davomida aniqlash imkoniyatini beradi.

Qizilo'ngachni rentgenologik tekshirish	Qizilo'ngach strukturasi, yaralari, eroziyasi, diafragma qizilo'ngach tirqishi churrasini aniqlaydi.
Qizilo'ngachni endoskopik tekshirish	Qizilo'ngach yallig'lanishining, eroziyasining, yaralarning, strukturasi, Berret qizilo'ngachi o'zgarishlarini aniqlaydi.
Impedansometriya (qizilo'ngachning ikki faol nuqtasi orasidagi potentsiallar farqi o'lchanadi)	Qizilo'ngach klirensi, qizilo'ngach devorlarining peristaltik harakat aktivligini aniqlash imkonini beradi.
Qizilo'ngach sfinkterlarini monometrik tekshirish	Qizilo'ngach sfinkterlari tonusi o'zgarishini aniqlaydi. DeMeestr bo'yicha norma: Bazal davleniya NPS=14,3-34,5mm.sim.ust. NPSning umumiy uzunligi 4 smdan kam emas NPSning abdominal sohasining uzunligi 2 smdan kam emas.

Gastroezofageal reflyuks kasalligi

Gastroezofageal reflyuks kasalligi (GERK) – surunkali qaytalanuvchi kasallik bo'lib, gastroezofageal soha organlarining motor - evakuator funksiyasi buzilishi va to'satdan yoki regulyar meda hamda o'n ikki barmoqli ichak shirasi yoki u bilan birga massalarining qizilo'ngach distal qismiga tushishi natijasida uning eroziv - yarali, kataral yoki funktsional buzilishi demakdir.



a)

b)

a) Reflyuksatning qizilo'ngach va og'iz bo'shlig'iga chiqishi

b) qizilo'ngachdagi o'zgarishlar

Hozirgi vaqtda GERK gastroenterologiyaning dolzarb muammolaridan biridir. Bu holat birinchi navbatda GERKning keng tarqalishi bilan bog'liq bo'lsa, ikkinchidan ushbu xastalikning atipik (kardial, bronxo-pulmonal, anemik, stomatologik) belgilarining nisbatan ko'proq kuzatilishi hamda asoratlarning (Barret qizilo'ngachi, qizilo'ngach adenokartsinomasi) qisqa muddat ichida rivojlanishi natijasida yuzaga keladi.

Aynan GERK taraqqiy qilgan mamlakatlar (AQSh, Rossiya) da 40- 45 % aholi jig'ildon qaynashidan aziyat chekadi. Ko'p sonli tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, GERKda asosiy klinik belgi jig'ildon qaynashi bo'lib, u aholining 20-40% da uchraydi, homiladorlik davrida esa bu ko'rsatkich 46% gacha oshadi. Gastroezofageal reflyuks kasalligining tarqalishi rivojlangan mamlakatlarda yuqori suratda o'sib bormoqda. S. Spechler ma'lumotlariga qaraganda (1992) GERK 20-40% aholida uchragan, reflyuks ezofagit esa 2% ni tashkil qilgan, 2001 yilda (O. Philip) GERK 50% aholida, reflyuks ezofagit esa 7-10% kuzatilganganligini aniqlagan. 2001 yildan so'ng S. Amidra 70% ayollar, 50% erkaklar u yoki bu darajada GERK klinik belgilaridan aziyat chekishlarini aniqlagan.

O'zbekistonda ham bu ko'rsatkich oxirgi o'n yillikda jadallik bilan kengayib, asoratlarning rivojlanishi oshib bormoqda.

O'tkazilayotgan tadqiqotlar shuni ko'rsatmoqdaki aholining etnik tarkibi ham GERKning tarqalishiga ta'sir ko'rsatar ekan. Kasallik asosan janubiy-sharqiy osiyo davlatlarida indeytslarga qaraganda 10 barobar yuqori ko'rsatkichni tashkil etadi. Tayvan, Yaponiya davlatlarida ham bu ko'rsatkich yuqori. Oxirgi yillarda aniqlanishicha GERK oq tanli erkaklarda ko'p uchrashi kuzatilayapti.

Etiologiyasi: GERK – ko'p omilli kasallikdir. Ular **ezofageal va ekstraefageal** omillarga bo'linadi. Kasallik sababi to'liq o'rganilmagan. Xastalikni olib keluvchi asosiy omillarga: gavda vaziyatining gorizontol holatda uzoq saqlanishi, tana massasining oshishi, chekish, qizilo'ngach silliq muskullarini tonusini pasaytiruvchi medikamentoz va alimentar omillar kasallik kelib chiqishiga roli katta. Medikamentoz tsitramon, kofetamin, kaltsiy antagonistlari, papaverin, no-spa, baralgin, nitratlar, progesteron garmoni, xolinolitiklar, teofillin va analgetiklar kabi dori vositalarini uzoq muddat qabul qilish qizilo'ngach muskullarini tonusini pasaytirib kasallikni kelib chiqishida asosiy turtki hisoblanadi. Alimentar omillardan alkohol iste'mol qilish, kofe, choy, kola, myata perechnoy, yog'li go'sht va sala istemol qilish, un maxsulotlaridan makaron, o'tkir pripravlar, qovurilgan va tsitrusli maxsulotlar istemol qilish kasallik keltirib chiqaruvchi omillardir. Bazi bir patologik holatlar ham kasallik kelib chiqishiga roli kattadir. Bular sistemali kasalliklar (sistemali sklerodermiya), adashgan herv (vagus) neyropatiyasi, nevrotik holat, diafragmal churra, 12 barmoqli ichak yarasi, qorinda dam bo'lishini roli katta.

Homiladorlik, qorin ichi bosimining ortishi, 50 yoshdan katta insonlar, tez va ko'p miqdorda ovqat istemol qilish ham kasallik rivojlanishiga xavfli omildir.

Oxirgi yillarda GERKning kelib chiqishida Helikobacteri pylori (HP) mikroorganizmi ham sabab bo'lishi to'g'risida adabiyotlarda ma'lumotlar keltirilgan.

GERK rivojlanishiga quyidagi sabablar asos bo'ladi (ezofageal):

Kardiyaning yopiluvchi mexanizmining etishmovchiligi (ezofageal);

Qizilo'ngach klirensining pasayishi (ezofageal);

Qizilo'ngach shilliq qavati rezistentligining kamayishi (ezofageal);

Oshqozon va duodenal massalarning qizilo'ngachga chiqishi (reflyuks) (ekstraefageal). 12 barmoqli ichak piyozcha qismi stenozi (ekstraefageal), duodenostaz (ekstraefageal), duodenal gipertenziyalar (ekstraefageal);

Kardial jomning etishmovchiligi(ekstraefageal). Oshqozonda bosim ko'krak qafasiga qaraganda yuqori, oshqozon massalarining qizilo'ngachga o'tishi doimiy bo'lib turadi, lekin kardial jom funktsiyasi normada bo'lganda bu ovqatlanishdan so'ng 5 daqiqadan ko'p davom etmasligi kerak, uzoq davom etishi patologiya hisoblanadi. Qizilo'ngachda normal Ph ko'rsatkichi 5,5-7,0. Qizilo'ngach reflyuksida sutkalik Ph<4 dan past bo'ladi. Qizilo'ngach – oshqozon o'tuvchanligi (kardial jom funktsiyasini) quyidagi mexanizmlar saqlab turadi:

- Qizilo'ngach pastki sfinkteri:

- Diafragma-qizilo'ngach bo'g'lami:

- Shilliq qavatning holati:

- Giss o'tkir burchagi, Gubarev klapanining hosil bo'lishi:

- Qizilo'ngach pastki sfinkterining qorin ichida (vnutribryushnoe) joylashishi:

- Oshqozon kardial Qismi (bo'limi) aylanma muskul tolalari.

Patogenezi: GERK patogenezida qizilo'ngach shilliq qavati himoya omillari bilan agressiv omillar orasidagi balansning buzilishi asosiy sabab hisoblanadi. Qizilo'ngach shilliq qavatini agressiv ta'sirlovchilarga xlorid kislota, pepsin, o't kislotalari, lizoletsitin va tripsin bo'lib, uning himoya omillariga qizilo'ngach pastki sfinkteri antireflyuks bar'er funktsiyasi, qizilo'ngach, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning normal motor faolligi, qizilo'ngach shilliq qavatining shikastlovchi ta'sirga rezistentligidir. GERK kelib chiqish mexanizmida asosiy o'rinni qizilo'ngach antireflyuks bar'er funktsiyasining buzilishi hamda qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusining pasayishi egallaydi. Bunga kardial sfinkterning yopiluvchi mexanizmining nisbiy hamda absalyut etishmovchiligi sabab bo'ladi. Kardiyaning nisbiy etishmovchiligiga intragastral bosimning oshishi, masalan, qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusi funktsiyasi normada bo'lganda ham, oshqozon antral qismining intensiv qisqarishi natijasi bo'ladi. A.L. Grebenev va V.M. Nechaev (1995) tadqiqotlarida kardial sfinkterning nisbiy etishmovchiligi 9-13% GERB bilan kasallangan bemorlarda uchragan.

Kardial jamning absolyut etishmovchiligi uning yopiluvchi mexanizmining buzilishi bilan bog'liq. Yopiluvchi mexanizmning ahamiyati asosan qizilo'ngach pastki sfinkterining holatiga bog'liq. Sog'lom kishilarda bu sohada bosim $20,8 \pm 3,0$ mm simob ustinig teng. GERK bilan kasallangan bemorlarda u $8,9 \pm 2,3$ mm simob ust. gacha pasayadi.

Qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusi ekzogen va endogen omillarga bog'liq. Bosim bir nechta gastrointestinal garmonlar: glyukagon, somatostatin, xolelistokin, sekretin, vazodativ intestinal peptidlar, enkefalinlar ta'sirida pasayadi. Shuningdek kardiyaning yopilish funksiyasiga depressiv ta'sir qiluvchi vositalar (xolinergik vositalar, tinchlantiruvchi va uxlatuvchi preparatlar, β - adrenoblokatorlar, nitratlar) hamda ovqat mahsulotlaridan yog'lar, shokolad, sitrus mahsulotlari, tomat, spirtli ichimliklar ta'sir qilib, qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini pasaytiradi. Qizilo'ngach pastki sfinkteri muskul to'qimasiga to'g'ridan to'g'ri xirurgik operatsiyalar, nazogastral zondning uzoq muddat qizilo'ngachda turishi, qizilo'ngachni bujlash, sklerodermiya hamda gastroezofageal refluks sabab bo'lishi mumkin.

Ko'p hollarda oshqozon yoki duodenal massalarning qizilo'ngachga o'tishi diafragma churralarida uchraydi. Bu churra 50% yoshi 50 dan o'tgan kishilarda uchraydi. 63-84% bemorlarda RE belgisi endoskopik tekshuruv vaqtida aniqlanadi. Diafragma qizilo'ngach bo'limi churrasida refluks sabablari: Ko'krak qafasi bo'shlig'ida oshqozon distopiyasi (topografiyasi o'zgarishi), Giss burchagining yo'qolishi va kardiya klapan mexanizmining (Gubarev klapani) buzilishidir.

Shuningdek ximiyaviy (qizilo'ngach shilliq bikarbonatlari va neytrallovchi shilliq ta'sirining pasayishi) va hajmiy (ikkilamchi peristaltikaning pasayishi va qizilo'ngach ko'krak qismi tonusining susayishi), ezofageal klirens (oshqozondan qizilo'ngachga o'tuvchi ovqat massalarini yo'qotuvchi funksiyasi) ning pasayishi ham GERK kelib chiqish patogeneza muhim rol o'ynaydi. Boshqa patogenetik omillardan refluksatning shikastlovchi ta'siri (xlorid kislota, pepsin, o't kislotalari), qizilo'ngach shilliq qavati rezistentligining pasayishi, oshqozondan ovqat o'tishining buzilishi, qorin ichi bosimining oshishi xastalikning kelib chiqishida turtki hisoblanadi.

Bugungi kunda GERKning rivojlanishida ishqoriy duodenogastral (DGR) refluks, duodenogastroezofageal (DGER) reflukslar ham muhim rol o'ynashi o'z tasdig'ini topgan. DGER refluksning kelib chiqishida asosiy sabab privratnikning bekiluvchi funksiyasining etishmovchiligi, surunkali duodenostaz va o'n ikki barmoqli ichakda bosimning oshishi natijasida kelib chiqadi. Bu buzilishlar asosan oshqozondagi anatomik o'zgarishlar (oshqozon rezektsiyasi, gastrostomiya, enterostomiya, vagotomiya, xolelistoektomiya) sababli rivojlanadi. Bundan tashqari DGRning rivojlanishida funktsional buzilishlar - hazm trakti yuqori bo'limlari motor - evakuator funksiyalarining diskordinatsiyasi ham turtki bo'ladi.

Hozirgi vaqtda DGRning rivojlanishida quyidagi mexanizmlar aniqlangan:

Sfinkter apparatining yetishmovchiligi: duodenal massalarning erkin oshqozonga va qizilo'ngachga o'tishi (bu pilorik va qizilo'ngach sfinkterlari orqali o'tadi);

Antraduodenal dismotorika – oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak orasidagi antral, pilorik koordinatsiyaning buzilishi natijasida duodenal massalarning oshqozonga chiqishi;

Antirefluks bar'er etishmovchilik.

DGRlarda refluksat tarkibi nafaqat o'tdan, balki uning tarkibida duodenal sok va pankreatik enzimlar mavjud.

GERKning tipik klinik simptomlari jig'ildon qaynashi, kekirish, regurgitatsiya klinik amaliyotda ko'p kuzatiladi, kasallikka tashxis qo'yish aytarli qiyinchilik tug'dirmaydi. Biroq xastalikning «atipik» ko'rinishlarini o'z vaqtida aniqlash jarayonida ancha qiyinchiliklarga duch kelish mumkin. GERKning «atipik» variantlaridan aynan bronx-o'pka turi hozirgi vaqtda ko'p kuzatilayapti. Masalan: adabiyot ma'lumotlarida GERKning «atipik» varianti namoyondasi refluks – astma 50% dan 80% gacha hollarda bronxial astma (BA) bilan birgalikda uchrashi ta'kidlanayapti.

GERKda uzluksiz jig'ildon qaynashi (haftada bir marta) hamda kasallikning 20 yildan ko'p vaqt davom etishi qizilo'ngachning xavfli o'smasi adenokartsinomaning rivojlanishiga olib keladi.

GERK eroziv ezofagit, gemoragik ezofagit, yarali ezofagit, ezofageal struktura bilan va Barrett qizilo'ngachi hamda ezofageal kartsinoma bilan asoratlanadi.

DGER qo'zishi ikki yo'l orqali: 1. Oshqozon ichi (intragastral) bosim oshishi, bu GERK kelib chiqishi xavfini oshiradi.

2. Duodenal massalar – o't kislotalari va pankreatik enzimlar ham qizilo'ngach shilliq qavatiga shikastlovchi ta'sir ko'rsatadi.

Bundan tashqari GERKning kelib chiqishida homiladorlik vaqtidagi garmonal o'zgarishlar ham sabab bo'ladi. Aynan homiladorlik vaqtida progesteron garmonining oshishi qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusiga bo'shashtiruvchi ta'sir ko'rsatadi. Shuningdek bachadonning kattalashib yuqoriga ko'tarilishi ham qorin ichi bosimini oshiradi.

Gastroezophageal reflyuks xastaligini turli formalarining klinik ko'rinishlari.

GERKning turlicha endoskopik tasniflari ishlab chiqilgan. Butun jahon gastroenterologlar kongressida (Los Anjeles) GERKning klinik tasnifi tasdiqlandi va shunga asoslanib quydagicha ta'riflandi:

- Noeroziv reflyuks kasalligi (NERK),
- Eroziv ezofagit kasalligi (ERK),
- Barett qizilo'ngachi (BQ)

Butun jahon statistik tahlil ma'lumotlarida ko'rsatilishicha NERK GERKning 60 % ini, ERK 37 % ini va BQ i 3% ini tashkil etadi.

Instrumental tekshirish: NERK - oshqozondagi massalarning tez – tez qizilo'ngachga chiqishi, lekin endoskopik tekshirilganda qizilo'ngach shilliq qavatida o'zgarishlar ko'rinmaydi (endoskopik negativ variant), ba'zida kataral ezofagit belgilari ko'rinadi. Agar bemorlarni uch oy davomida to'xtovsiz jig'ildon qaynashi, kekirish, regurgitatsiya, epigastral sohada og'riq simptomlari bezovta qilsa tahxis qo'yish mumkin. Bemorlarda odinofagiya va disfagiya belgilari kuzatilmaydi, tana massasining oshishi, semirish belgilari kam kuzatiladi. Ko'proq ayollarda uchraydi. Morfologiyasida qizilo'ngach shilliq qavatining turli darajadagi yallig'lanish belgilari: distrofiya, atrofiya, ko'p qavatli yassi epiteliyning leykoplakiyasi kuzatiladi. O'sma oldi o'zgarishlari, ko'p qavatli yassi epiteliyning displaziyasi gistologiyada bo'lmaydi.

Eroziv ezofagit (reflyuks ezofagit) katta yoshli aholi orasida keng tarqalgan bo'lib, bu ko'rsatkich 30 - 45% ni tashkil qiladi. Bunda ham oshqozondagi massalarning qizilo'ngachga o'tishi kuzatiladi, shuningdek endoskopiya qizilo'ngach shilliq qavatida eroziv yoki yarali o'zgarishlar ko'rinadi.



Reflyuks ezofagit endoskopik manzarasi.

Eroziv ezofagitda qizilo'ngach shilliq qavatining jarohatlanishiga qarab quyidagi etaplarga ajratiladi (**Los-Anjelos klassifikatsiyasi 1997 yil**):

A - bosqich: qizilo'ngach shilliq qavatining bir yoki bir nechta qismining jarohatlanishi, lekin 5 mm dan oshmagan, shilliq qavat birta burmasidan o'tmagan.

B - bosqich: qizilo'ngach shilliq qavatining bir yoki bir nechta qismining jarohatlanishi, 5 mm dan oshgan, shilliq qavat birta burmasidan o'tmagan.

S - bosqich: qizilo'ngach shilliq qavatining bir yoki bir nechta qismining jarohatlanishi, shilliq qavat birta burmasidan o'tgan, protsess 75% gacha qizilo'ngach aylanmasini egallagan.

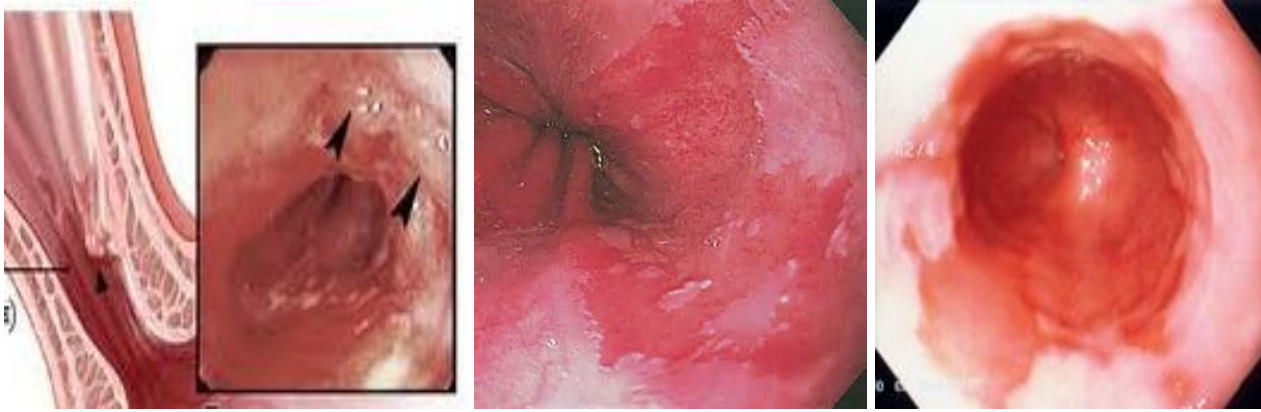
D – bosqich: qizilo'ngach shilliq qavatining jarohatlanishi 75% dan yuori.

E- bosqich: jarohat yuqori aylanmasini egallagan.

Eroziv ezofagit ko'pincha erkaklarda uchraydi. NERKga qiyoslaganda jig'ildon qaynashi chastotasi va davomiyligi yuqori bo'ladi. Shuningdek eroziv ezofagitda kechquringi jig'ildon qaynashi, odinofagiya, disfagiya yuqori darajada rivojlangan bo'ladi. Kasallikning davomiyligi uzoq, bemorlarning ko'pchiligida tana massasi oshishi bilan semizlik kuzatiladi, qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusi kamdan kam holatda normada bo'ladi, ya'ni pasaygan bo'ladi. **ERK morfologik kartinasida xarakterli o'zgarishlar:** turli darajada va faollikda qizilo'ngach shilliq qavatida yallig'lanish, distrofiya, atrofiya, ko'p qavatli yassi epiteliyning

leykoplakiyasi, o'sma oldi o'zgarishlari, ko'p qavatli yassi epiteliyning displaziyasi kuzatiladi. Chekuvchilarda kasallikning qaytalanishi ko'p kuzatilganda qizilo'ngach strikturasi va yarasiga xavf oshadi.

Barrett qizilo'ngachi (BQ) – qizilo'ngach ko'p qavatli yassi epiteliysining oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak tsilindrik epiteliysiga metaplaziyasidir, metaplaziyalangan epiteliyning displaziyasidir. Klinik manzarasi eroziv ezofagit belgilari bilan bir xil. BQ anamnezi kasallik besh yildan uzoq vaqt davom etganda va yiliga bir marta xurujlanganda kuzatiladi. Asosan 50 yoshdan oshgan erkaklarda moyillik yuqori bo'ladi. Bemorlarda ichak metaplaziyasi faqat eroziv ezofagit bo'lganda kuzatiladi va epiteliy displaziyasi bilan qo'shib keladi. GERK BQ bilan birgalikda kelganda bemorlar har yili endoskopik, gistologik tekshirishdan o'tishlari shart (displastik o'zgarishlarning foizi oshib ketmasligi uchun).



Barrett qizilo'ngachi endoskopik manzarasi.

GERKning klinik belgilari xilma-xil bo'lib, barcha simptomlar ikki guruhga bo'linadi:

- tipik (ezofageal)
- atipik (ekstraefozageal)

Ezofageal simptomlarga jig'ildon qaynashi, kekirish, epigastral va ko'ks ortida og'riq, disfagiya, odinofagiya, og'izdagi achchiq ta'm, ko'ngil aynish, qusish kiradi. **Jig'ildon qaynashi** – ko'ks orti (qizilo'ngach pastki 3/1 qismi) yoki epigastral sohada turli intensivlikdagi kuyishish hissi bo'lib, minimal 75 % bemorlarda kuzatiladi. Jig'ildon qaynashi oshqozondagi kislotali massaning qizilo'ngach shilliq qavatiga ta'siri uzoq $pH < 4$, bo'lganda kuzatiladi. Jig'ildon qaynashi intensivligi va faolligi ezofagit og'irlik darajasi bilan bog'liq emas, asosan xlorid kislota, o't kislotalari bilan qizilo'ngach shilliq qavatining kontaktiga bog'liq. Jig'ildon qaynashi ovqatdan so'ng, gazli ichimliklar, alkogol ichilganda, jismoniy zo'riqishda, tana vaziyati gorizontal holatda bo'lganda kuchayadi. Jig'ildon qaynashi ko'pincha kekirish bilan, ba'zan reflyuks ezofagit bilan keladi. NERKda intensiv jig'ildon qaynashi 10% bemorlarda kuzatiladi, ERKda 32 % kuzatiladi. Ertalabki va kechquringi jig'ildon qaynashi o'rtacha intensivligi past bo'ladi. A.S.Truxmanov (2008) ma'lumotlarida keltirilishicha kunlik jig'ildon qaynashi NERKda 31%, ERK da 62% gacha kuzatiladi. **Kekirish** - oshqozon privratnik qismining spazmi va oshqozon, diafragma qorin muskullarining reflektor qisqarishi natijasida oshqozondan havo hamda gazlarning og'iz orqali ixtiyorsiz chiqishidir. Kislotali reflyuksat muhitiga ega bo'lgan GERK da asosan kislotali kekirish kuzatiladi, ya'ni oshqozon shirasining oshib ketishi natijasida kelib chiqadi. Kislotali kekirish bo'lganda bemorlarda turli darajadagi og'riq simptomlari kuzatiladi. Achchiq ta'mli kekirish o'tning medaga o'tishi natijasida kelib chiqadi. Agar o't medaga tushmasa kekirish havo bilan hidsiz bo'ladi. O't chiqarish yo'llari kasalliklarida kekirish doimiy bo'ladi. **Disfagiya** – yutish aktining qiyinlashuvidir. Doimiy disfagiya qizilo'ngach strikturasi rivojlanishidan dalolat beradi. Tez progressiv rivojlanib boruvchi disfagiya va tana massasining tushishi qizilo'ngach adenokartsinomasining rivojlanishidan darak beradi.

Odinofagiya – yutinganda og'riq hissi. GERKda ham kuzatiladi, lekin asoratlari rivojlanganda ko'p kuzatiladi.

Og'riq belgisi – GERKda asosan qisuvchi, bosuvchi xarakterda bo'lib, tarqalishi epigastral sohada va ko'ks ortida kuzatiladi. Ko'ks ortidagi og'riq kurak orasiga, bo'yinga, pastki jag'ga, ko'krak qafasi chap yarmiga tarqaladi. Ezofageal og'riqlarning boshqa ekstraefozageal og'riqlardan farqi, ovqatlanish bilan bog'liq bo'lib, tana vaziyatini o'zgartirganda, ishqorli mineral suvlar va antatsidlar ichilganda yo'qoladi.

Gastroezofageal reflyuks kasalligining atipik shakllari

Atipik (ekstraesofageal) belgilar – kardial, bronx – o’pka, otolaringologik, stomatologik, anemik turlari mavjud. A.A.Sheptulin (2005) tadqiqotlari shuni ko’rsatadiki 25% hollarda GERK faqat atipik belgilar bilan kechadi.

Kardial simptomlar – yurak ritmining buzilishi, ko’krak qafasi chap tomonida og’riqning kuzatilishi. Kardial belgilar ko’pincha vegetativ disfunktsiya natijasida oshqozon massalarining qizilo’ngachga o’tishi natijasida taxiaritmiya, o’tkazuvchanlikning buzilishi, hansirash, terlash, qaltirash, emotsional tanglik, yig’loqlilik, qo’rquv hissi, vahima, bosh aylanishi, bosh og’rishi belgilari bilan kechadi. Ayniqsa yoshi o’tgan bemorlarda GERK yurak ishemik kasalligi (YuIK) bilan kechganda kasallikka tashxis qo’yishda chalkashlikka olib keladi. YuIK stenokardiya yakka holda kechganda og’riq xarakteri kuydiruvchi, bosuvchi, qisuvchi turda bo’lib, chap yelkaga, kurrakka beriladi, davomiyligi 20 daqiqa davom etadi. GERKda esa og’riq xarakteri monoton, ta’sirlovchi, kuydiruvchi bo’lib, ma’lum bir davomiylikka ega emas, ko’proq og’riq orqaga beradi. YuIK ni olib keluvchi omillar fizik va emotsional zo’riqish, sovuq qotish bilan xarakterlansa, GERKda sho’r, o’tkir ovqatlar iste’mol qilingandan so’ng, tana vaziyati gorizontol holatda turganda kuchayadi.

Bronx-o’pka fonida kechgan GERKda obstruktiv bronxit, kechqurungi surunkali yo’tal, qaytalanuvchi pnevmoniya, o’pka fibrozi bilan kechadi. 1892 y Osler birinchi marta hansirash, oshqozon massalarining havo yo’llariga aspiratsiya bo’lishini aniqlagan. Bronx-o’pka sindromida 50% hollarda kechqurun paydo bo’ladi. Yo’tal kelib chiqish patogenetik mexanizmida bemorlarda oshqozon massalarining bronxlarga mikroaspiratsiya bo’lishi natijasida shilliq qavatni ta’sirlashidan kelib chiqadi. Tadqiqotlardan aniqlanishicha GERK surunkali yo’tal bilan kechganda 40-75% bemorlarda tipik klinik belgilar (jig’ildon qaynashi, kekirish) kuzatilmaydi. Tashxisni qizilo’ngach ichi pHni aniqlash orqali tasdiqlanadi.

Reflyukus astma

Bronx-o’pka sindromining GERK bilan birgalikda kelganda ko’p uchraydigan turi bronxial astma (BA) kasalligi bo’lib, bu 50-80%ni tashkil qiladi. GERK bilan BA kasalligining patogenetik bog’liqligi reflektor vagus mexanizmi orqali bronxlar giperreaktivligi xlorid kislota ta’siriga nisbatan mikro va makroaspiratsiyasi, ikkinchi tomondan BA ni o’zi GERK rivojlanishi uchun turtki hisoblanadi, ya’ni qorin va ko’krak bo’shlig’ida bosim oshishi diafragma qizilo’ngach qismi churrasini keltirib chiqarishi, bronxodilyatatorlarni keng doirada qo’llash (M: teofillin) qizilo’ngach pastki sfinkteri tonusini pasaytiradi, bu esa o’z navbatida GERKning kelib chiqishiga sabab bo’ladi. Reflyuksatni yuqori bosim bilan hiqildoqqa otilishi natijasida otolaringologik belgilar rivojlanadi. Bunda bemorlarda qo’pol huvillovchi yo’tal, tomoq qichishi kelib chiqadi. Bu turdagi xastalikda bemorlarda ovoz bog’lamlari yarasi, granulyomasi, ovoz tirqishi stenozi, raki xavfi yuqori. Sud tibbiyoti ekspertlarining ma’lumotlariga qaraganda GERK da o’lim sabablaridan biri kislotali, ishqoriy oshqozon yoki o’n ikki barmoqli ichak massalarining halqum va hiqildoqqa o’tishi natijasida hiqildoq spazmi va reflektor nafas to’xtashidan kelib chiqadi. **GERK atipik belgilaridan yana biri stomatologik sindrom bo’lib**, bunda agressiv oshqozon massalarining tish emalini emirishi natijasida rivojlanadi. **Anemik sindrom** – qizilo’ngach eroziyasi yoki yaralaridan surunkali qon ketishi natijasida kelib chiqadi, ba’zan kataral ezofagitdan diapedez yo’li bilan qon ketishi natijasida ham gipoxrom temir tanqislik kamqonligi kelib chiqadi.

GERK reflyuksat tarkibiga qarab kislotali, aralashgan, ishqoriy turlariga ajratiladi. Aynan reflyuksat tarkibiga qarab GERKning klinikasi ham turlicha kechadi. Kislotali reflyuksat muhitiga ega bo’lgan GERK da oshqozon massalarining qizilo’ngach distal qismiga o’tishi natijasida kelib chiqadi. Kislotali reflyuks uchun xarakterli simptomlar – jig’ildon qaynashi, kekirish, epigastral sohada noxush sezgi, og’riq, og’irlik hissi, odinofagiya, disfagiya. Aynan jig’ildon qaynashi ishqoriy reflyukslarga nisbatan kislotali reflyuksat muhitiga ega bo’lgan bemorlarda ko’p kuzatiladi.

Sablin Oleg Aleksandrovich (2004) olib borgan tadqiqotlarning ko’rsatishicha ishqoriy reflyuksat muhitiga ega bo’lgan GERK ning klinik alomatlarini biroz boshqacharoq kechadi. DGERKning muhim patogenetik omillaridan biridir. DGERda qizilo’ngach shilliq qavatini zararlovchi duodenal massalarga o’t kislotalari, lizoletsitin, tripsin kiradi. Reflyuksat komponentlari oshqozon va qizilo’ngach shilliq qavatiga tushib, epiteliy yuzasida distrofik va nekrobiotik o’zgarishlarga olib keladi. Asta – sekin atrofiya boshlanib, proliferatsiya va turli darajadagi displaziya rivojlanadi, bu esa o’z navbatida oshqozon, qizilo’ngach raki rivojlanishini o’n barobarga oshiradi.

Olib borilgan tadqiqotlar va o’rganilgan adabiyotlar shuni ko’rsatadiki, DGERda GERKning kechishi og’irroq o’tadi va asoratlari BQni keltirib chiqarish xavfi yuqori bo’ladi. DGERlarning klinik kartinasi turli tuman bo’lib, ko’p hollarda simptomlessiz kechadi. Kasallik belgilari sekin-astalik bilan rivojlanadi. Bemorlarni ko’ks ortida og’riq, og’irlik hissi, og’izdagi achchiq ta’m, ko’ngil aynishi, o’t aralash qusish, odinofagiya,

disfagiya, shuningdek jig'ildon qaynashi, kekirish, bezovta qiladi. DGER 5-20% bemorlarda GERK bilan birga uchraydi. Ishqoriy reflyuks muhitiga ega bo'lgan GERKda qizilo'ngachdagi PH yettidan yuqori bo'ladi.

Gastroezofageal reflyuks kasalligining diagnostikasi

GERKning diagnostikasi bemorlarning kasallik anamnezi, klinikasi, instrumental Fibroezofagogastroduodenoskopiya (FEGDS) – NERK bilan ERKning differentsatsiya qilish uchun, asoratlarni aniqlash uchun), laborator (GERKda maxsus laborator belgilar yo'q, lekin umumiy qon tahlili, qon guruhini va rezus omili) ni tekshirish mumkin hamda morfologik (biopsiya – qizilo'ngach shilliq qavatida GERK asoratli kechganda yara, struktura va malignizatsiya bo'lganda o'tkaziladi) tekshirish natijalariga asoslanib olib boriladi. Kasallik anamnezi GERKning asoratlarini to'g'ri baholashga yordam beradi. GERKning klinik simptomlari jig'ildon qaynashi, kekirish, regurgitatsiya, epigastral va ko'ks ortida og'riq, og'izdagi achchiq ta'm, ba'zi hollarda atipik belgilari asosida tashxislanadi. GERKda klinik belgilar intensivligi xlorid kislotasi va o't kislotalarining reflyuksatdagi kontsentratsiyasiga, qizilo'ngach shilliq qavati bilan kontaktda bo'lish davomiyligiga va chastotasiga, qizilo'ngachning sezuvchanligiga bog'liq.

Qizilo'ngach shilliq qavati holatini baholash uchun Savari – Miller (Karrison modifikatsiyasi) klassifikatsiyasidan foydalaniladi. Eroziya kuzatilmaganda endoskopik negativ reflyuks kasalligi tashxisi qo'yiladi. Eroziv ezofagit belgilari quydagicha baholandi:

Savari – Miller klassifikatsiyasi 1977 y.

I daraja- kataral o'zgarishlar;

II daraja- eroziyalar qo'shilishi, 10-50% qizilo'ngacha distal qismini egallaydi;

III daraja-eroziya va yaralar qizilo'ngach distal qismini 50% dan ko'proq qismi yoki hamma yuzasini qoplab oladi;

IV daraja- yaralarni chuqurlashib ketishi, qizilo'ngach shilliq qavati tsilindrik metaplaziyasi rivojlanishi;

Biopsiya – qizilo'ngach shilliq qavatida GERK asoratli kechganda yara, striktura va malignizatsiya bo'lganda o'tkaziladi.

A.S.Truxmanov (2008) tadqiqotlaridan aniqlanishicha eroziv ezofagit morfologik kartinasi o'sma oldi o'zgarishlari, ko'p qavatli yassi epiteliyning displaziyasi 11% ni tashkil etadi.

Qizilo'ngach yarasi morfologik kartinasi – qizilo'ngach shilliq qavatida bir nechta ko'plab eroziyalar, yallig'lanishning yuqori uchinchi stadiyasi, qizilo'ngach epiteliysining og'ir distrofik o'zgarishlar 71% ni tashkil etadi.

Qizilo'ngach strikturasi morfologik kartinasi – yuqori chastotada yassi epiteliyning displaziyasi 76% ni tashkil qiladi.

Kapsulali endoskopiya (Bravo kapsulasi) - Bravo radiokapsulasi 2003 yilda Medtronic (AQSh) firmasi tomonidan chiqarilgan. Qizilo'ngach pastki sfinkterida 5 sm yuqorida o'rnatiladi. 24 - 48 soat davomida qizilo'ngach bo'shlig'idagi PH ni aniqlab boradi, alohida yozib boruvchi qismi tashqariga, cho'ntakka joylashtiriladi. Tekshirish yakunida ma'lumotlar kompyuterga tushiriladi va tahlil qilinadi. Qizilo'ngach pastki sfinkteridagi PH aniqlanadi.



Rentgenologik tekshirish – qizilo'ngach teshigi churrasi, strukturasini, adenokartsinomasi taxmini bo'lganda o'tkaziladi.

Impendansometrik teshiruv. Qizilo'ngachni 2 ta faol nuqtasida potentsiallar farqini aniqlaydi. Qizilo'ngach devorlarida peristaltik harakat faolligini, qizilo'ngach klirensini baholaydi.

Qizio'ngach sfinkterini monometrik tekshiruvi. Qizio'ngach sfinkterini tonusini o'zgarishini aniqlashga imkon beradi. Meyorda De Meestr bo'yicha-bazal bosim qizio'ngach pastki sfinkterini 14,3-34,5 mm.sim ust.teng. umumiy uzunligi 4 smdan kam emas. Qizio'ngach pastki sfinkterini qorin qismi uzunligi 2 smga teng.

Qo'shimcha tekshirish usullari.

24 soatlik qizilo'ngach ichi Ph-metriyasi- qizilo'ngachda Ph sutka davomida to'rttdan past bo'lganda tashxislanadi. Qizilo'ngach ichi manometriyasi – qizilo'ngach motor funktsiyasini baholash uchun, qizilo'ngach pastki sfinkteri funktsiyasini baholash uchun o'tkaziladi.

Qorin bo'shlig'i organlari UTT – Qo'shimcha kasalliklarni aniqlash uchun o'tkaziladi.

EKG, veloergometriya – atipik kardial variantni farqlash uchun o'tkaziladi.

Proton pompasi ingibitorlari bilan test – klinik simptomlarni bartaraf etish uchun o'tkaziladi.

Biokimyoviy usulda tekshirish. SF – 26 spektrofotometr (Rossiya) apparati yordamida oshqozon sokidagi bilirubin, o't kislotalari miqdori aniqlanadi. Bu usul aynan DGR da tashxisni oydinlashtirib beradi.

Gastroezofageal reflyuks kasalligi asorati.

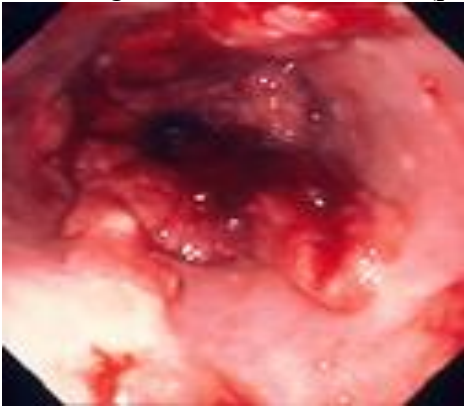
Qizio'ngachdan tashqari kasallikni yuzaga chiqishi;

Qizilo'ngach eroziyalari, peptik yaralari;

Qizilo'ngachdan qon ketish;

Barret qizilo'ngachi;

Qizilo'ngach adenokartsinomasi (pastki suratga etibor bering);



Gastroezofageal reflyuks xastaligini qiyosiy davolash tamoyillari

Bugungi kunda GERK ni davolashdan asosiy maqsad:

- klinik belgilarni bartaraf etish;
- eroziv yaralarni bitishini tezlashtirish;
- inson yashash sifatini yaxshilash;
- asoratlarni bartaraf etish yoki kelib chiqishini oldini olish;
- qaytalanishini oldini olish.

Antireflyuks davolash xastalik asoratli kechganda hamda adekvat medikamentoz terapiya samarasiz bo'lganda statsionarga gospitalizatsiya qilinadi. Medikamentoz terapiya va endoskopik davo samarasiz bo'lganda yoki operativ muolaja strukturada, BQ da, qon ketishda operativ fundoplikatsiya qilinadi.

Gastroezofageal reflyuks kasalligini davolash algoritmi

Nomedikamentoz davo

Yashash sharoiti va parhezni o'zgartirish (lifestyle modification) ya'ni:

- Birdan ko'p ovqat iste'mol qilishni cheklash (bu ko'p miqdorda kislota ishlab chiqishiga sabab bo'ladi):
- Qizilo'ngach pastki sfinkterida bosimni pasayishiga sabab bo'luvchi va qizilo'ngach shilliq qavatini ta'sirlovchi maxsulotlarni: kuchli yog'li maxsulotlar, qaymoq, tort, pirojniy, yog'li baliq, go'sht (o'rdak, cho'chqa, qo'y, yog'li govyadina) maxsulotlari, spirtli ichimliklar, tarkibida kofein saqllovchi maxsulotlar (kofe, kola, achchiq choy, shokolad), sitrusli maxsulotlar, tomat, piyoz, sarimsoq, qovurilgan maxsulotlar, gazli ichimliklar chegaralanadi:
- Tamaki maxsulotlarini chekmaslik (bu qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini pasaytirib, reflyuksga sabab bo'ladi):
- Ovqatlangandan so'ng 2 soat davomida gorizontal vaziyatda bo'lmaslik:
- krovatda bosh 15-20 sm yuqori vaziyatda yotish:

- qorin ichi bosimni oshishiga sabab bo'luvchi holatlar: bandajlar, fizik zo'riqish va og'ir yuk ko'tarishni chegaralash:

- Reflyuksga sabab bo'luvchi dori vositalari (sedativ, trankvilizatorlar, kaltsiy kanallari ingibitorlari, beta blokatorlar, teofillin, prostaglandinlar, nitratlar) ni qabul qilmaslik.

II. Medikamentoz davo

GERKni davolash kurslari: NERK 4-6 hafta

- omeprazol 20mg/sut yoki - lansoprazol 30mg/sut yoki - ezoprazol 20 mg/sut yoki - rabeprazol 10-20 mg/sut
Antatsidlar 3 mahal sutkasiga ovqatdan 40-60 daqiqadan so'ng

Davo samaradorligi kriteriysi: simptomlarni uzoq muddatga yo'qolishi

Reflyuks ezofagitda davo kursi 8-12 hafta, ushlab turuvchi davo 26 – 52 hafta

DGR da ursodezoksixol kislota 250-350 mg/sut

- omeprazol 20mg sutkasiga ikki mahal

- lansoprazol 30 mg sutkasiga ikki mahal

- ezoprazol 40 mg/sut

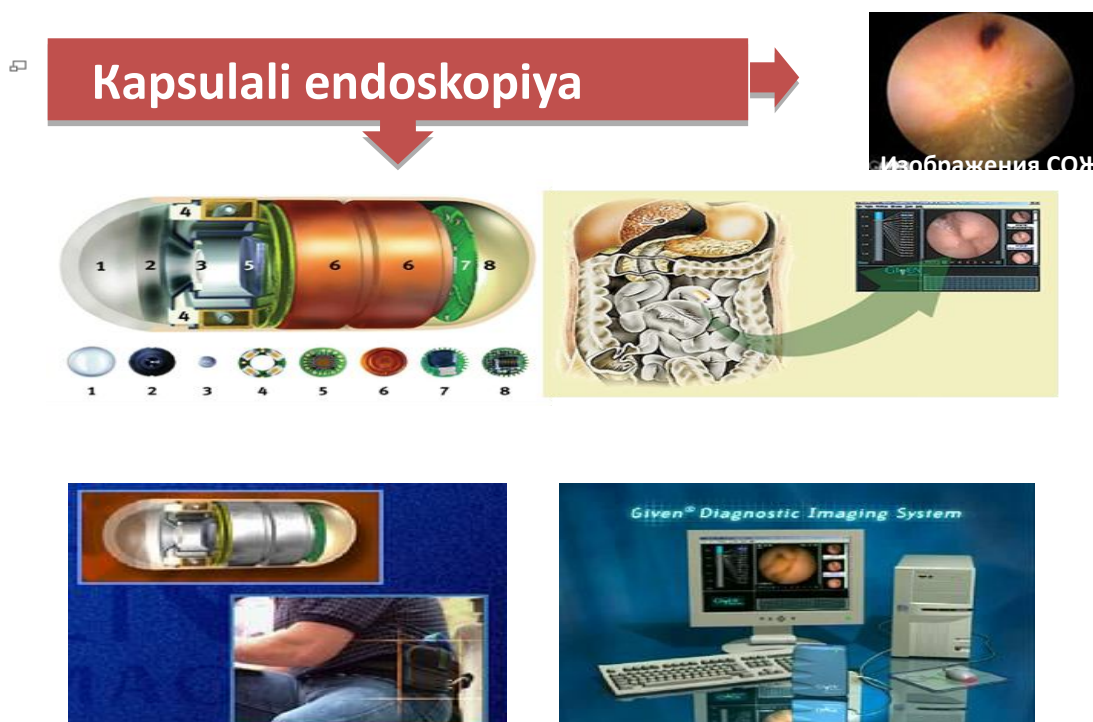
- rabeprazol 20 mg/sut

Davo samaradorligi kriteriysi: simptomlarni uzoq muddatga yo'qolishi hamda endoskopik tekshiruvda qizilo'ngachda yallig'lanish belgilarining regeneratsiyasi.

GERKni davolashni bir qancha qiyinchilik tomonlari aniqlangan, ya'ni o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligida o'rtacha chandiqlanish 3-4 hafta, oshqozon yarasida 4-6 hafta, qizilo'ngach eroziyasida esa chandiqlanish 8-12 haftada yuzaga keladi. 60-70 % bemorlarda birinchi uch oylikda kasallikni tez qaytalanishi kuzatiladi. Bu aynan GERKda keng tarqalgan (emidemiologik, klinik va terapevtik) aspektlarga bog'liq bo'lib, gastroenterologiyaning hozirgi kundagi bosh muammosidir.

GERKning patogenezida oshqozon va qizilo'ngachning motor funksiyasini tiklashda asosiy davo turi prokinetiklar bo'lib, bunda oshqozon-ichak traktining harakat funksiyasi normallashadi. Bir necha vaqt davomida prokinetik sifatida dopamin retseptorlarining blokatorlari metoklopramid qo'llanilgan. Hozirgi vaqtda metoklopramidning markaziy nojo'ya ta'sirlari (ekstrapiramid buzilishlar) va giperprolaktinematik ta'siri bo'lganligi uchun qo'llanilmaydi. Bundan farqli periferik dopamin retseptorlari blokatori domperidon va 5-HT₄ serotonin retseptorlari aktivatori sizaprid qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini oshirib, qizilo'ngach klirensini, oshqozonning harakat funksiyasini yaxshilaydi, 10 mg dan sutkasiga 4 mahal qo'llanilganda samaradorlik yaxshi, markaziy nojo'ya (ekstrapiramid buzilishlar) va giperprolaktinematik ta'sirlar chaqirmaydi, lekin sizaprid ba'zi hollarda aritmogen ta'sir beradi.

Avval prokinetiklar monoterapiya ko'rinishida (asosan NERK) da qo'llanilgan, bemorlarda davo samaradorligi 70-80% bo'lgan. hozirgi vaqtda bu preparatlar yordamchi sifatida proton kanali blokatorlari bilan kombinatsiya ko'rinishida qo'llaniladi.



kolpak 2. Linza fiksatori 3. Linza 4. Yoritgich
5. Kamera 6. Batareya 7. Peredatchik 8. Antenna
Nazorat savollari va topshiriqlar.

Test savollarini yeching;

Gastritlar to'g'risida tushuncha bering.

Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalliklari etiologik omillarini aytib bering.

Qizilo'ngach xastaliklari etiologik omillarini aytib bering.

Hazm tizimi kasalliklarining patogenezini aytib bering.

Gastrit bilan kasallangan bemorlarni subyektiv malumot yig'ing.

Gastrit bilan kasallangan bemorlarni ob'ektiv malumot yig'ing.

Meda va 12 barmoqli ichak yarasi bilan kasallangan bemorlarni anamnez yig'ing.

Meda va 12 barmoqli ichak yarasi bilan bemorlarni instrumental tekshirish va natijalarini ayting.

Hazm tizimi kasalliklari bilan bemorlarni laborator tekshirish va natijalarini ayting.

Hazm tizimi kasalliklari bilan bemorlarni rentgenologik tekshirish va natijalarini ayting.

Hazm tizimi kasalliklari bilan bemorlarni endoskopik tekshirish va natijalarini ayting.

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Meditsina 1989 y. 519 b.
2. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Meditsina 1999 y. 540 b.
3. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b
4. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b
5. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b
6. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Meditsina 1995. 592 b
7. U.B. Sharopov, F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b
8. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
9. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
10. Kovalyov Yu. R. Vnutrennie bolezni v voprosax i otvetax., Sankt-Peterburg. Foliant-2004.
11. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
12. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y

Qo'shimcha adabiyotlar

13. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laboratornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
14. Y.P.Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b
15. M.T. Abramova Gematologicheskii atlas M. Meditsina 1979 y. 320 b
16. A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnoz vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b
17. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988 y. v dvux tomax. 973 b
18. Vuddi M i A. Uedan."Praktika". Terapevticheskii spravochnik Vashingtonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
19. AbuAli Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
20. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
21. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
22. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D., Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
23. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
24. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru,
www.cardiosite.ru, www.consilium-medicum.ru.

Jigar va o't yo'llari kasalliklari. Surunkali gepatitlar. Jigar tsirrozi. Surunkali xoletsistit va pankreatitlar.

Gepatobiliar patologiya bilan kasallangan bemorlarni so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya. Asosiy klinik sindromlar: sariqlik, portal gipertenziya va jigar yetishmovchiligi.

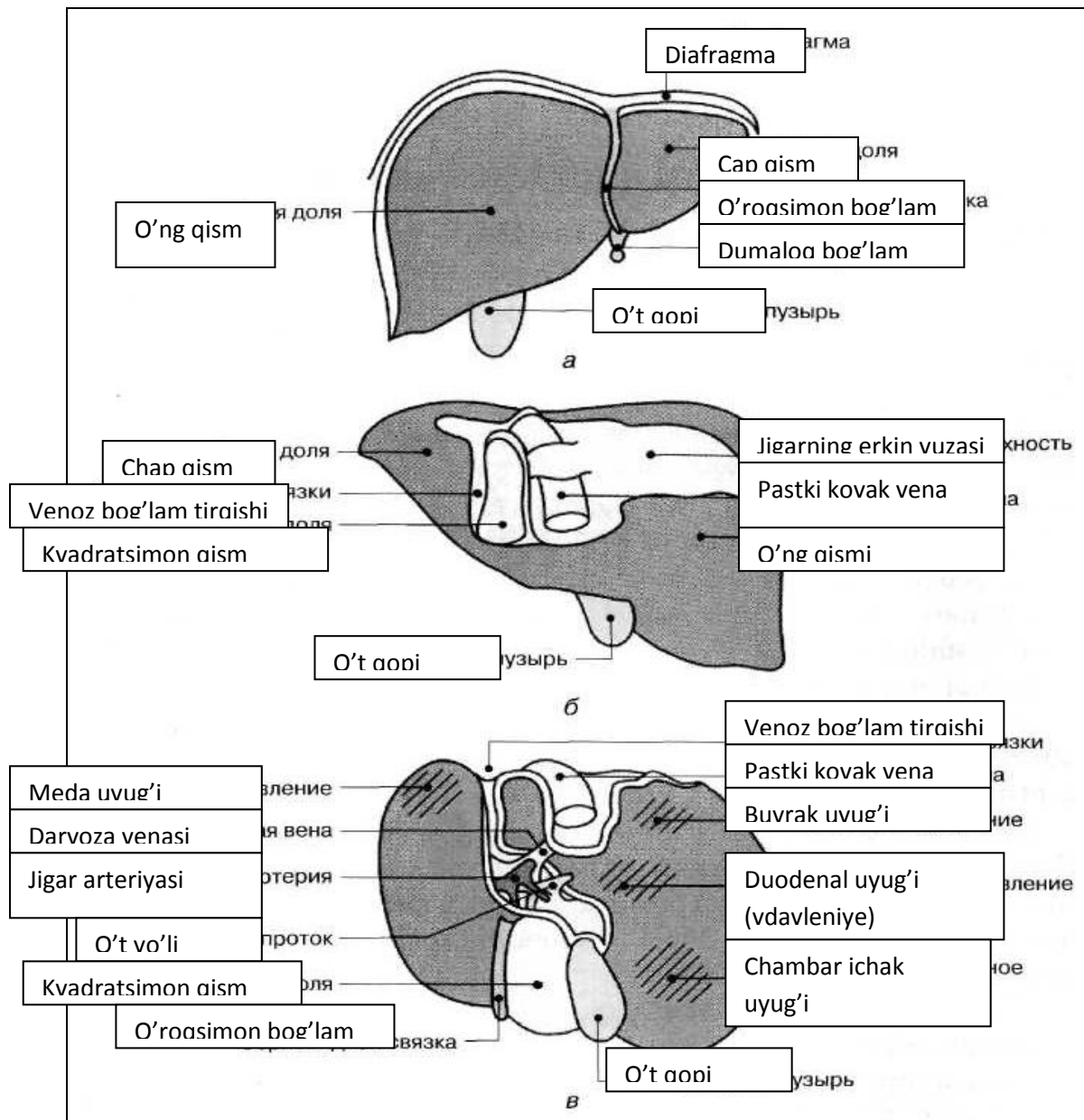
Tayanch atamalar; Teleangioektaziya («tomir yulduzchalari»), Palmar eritema, ksantoma, ksantelazma, Dyupuytren kontrakturasi, gnekomastiya, Kayzer-Fleysher halqasi, jigar usti sariqligi, jigar osti sariqligi, parenximatoz sariqlik, gepatomegaliya, portal gipertenziya, astsit, meduza boshi, jigar tsirrozi, meduza boshi.

Gepato biliar tizimni anatomo fiziologik xususiyatlari. jigar va o't yo'llari anatomiyasi.

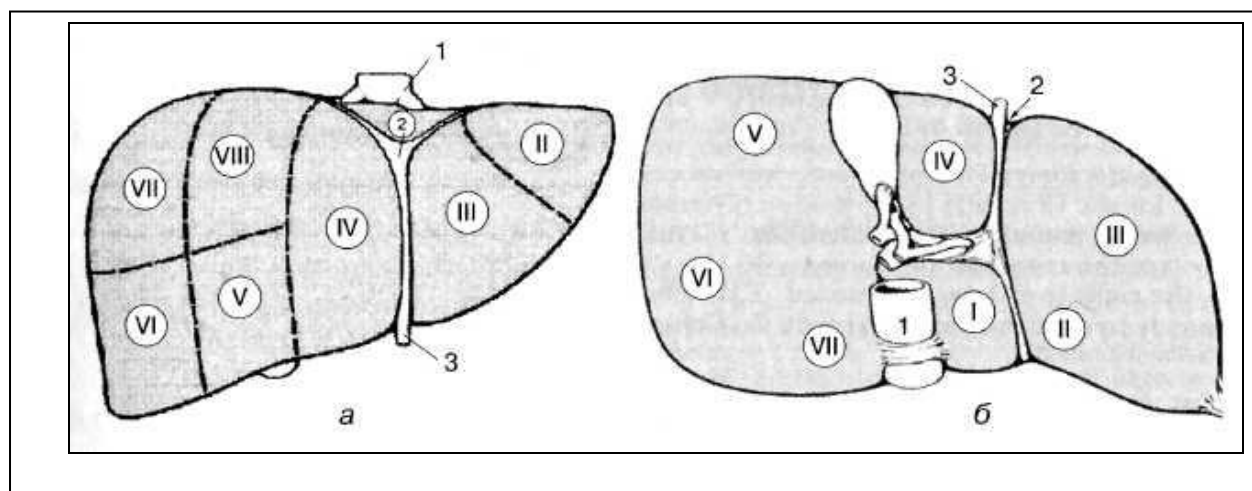
Jigar (hepar) insonning ichki azolarining eng kattasidir va Klin shaklidir. Jigarning asosi ko'krak qafasining o'ng tomoniga old tomonga yo'nalgan holda joylashib, yuzasi –taloq tomonga qaraydi, yuzasi silliq, yumshoq va yaltirrab turadi. Meyorda jigar yuqoridan V qovurg'a orasidan boshlanib, pastki chegarasi o'rta o'mrov chizig'idan o'ng qovurg'a yoyigachadir. Jigaring kengligi 25-30 sm, uzunligi 12-20 sm, qalinligi 6-10 sm. Nafas olish fazasida jigarning pastki chegarasi qovurg'a yoyidan biroz pastga siljiydi. Katta kishilarda jigar massasi tana massasining 1/18 qismini va yangi tug'ilgan bolalarda 1/50 qismini tashkil qiladi, uning massasi erkaklarda 1500-1800 va ayollarda 1300-1500 g ni tashkil qiladi. Jigarning diafragmal yuzasi old va yuqoriga yo'nalgan bo'lib, diafragmaning pastki yuzasiga yotadi. Jigarning vistseral yuzasi pastga va orqaga yo'nalgan. Jigarni diafragma va qorinning oldingi devori bilan o'roqsimon bog'lam (lig. falciforme) birlashtirib turadi (rasm. 1.1,a). O'roqsimon bog'lamni pastki dumaloq (aylana) bog'lam (lig. teres hepatis) deb ataluvchi erkin qismi kindik venasini o'zida bog'lab turadi. Venoz bog'lam (lig. coronarium hepatis) frontal yuzada joylashib, uning o'ng va chap cheti uchburchak shaklida kengayib, o'ng va chap uchburchak bog'lamni (lig. triangulare dextrum et sinistrum) hosil qiladi. Jigarning orqa tomonida venoz bog'lamni ikki varag'i kengayib, jigarning bir qismi ochiladi va diafragmada yotadi (rasm. 1.1, b). Jigarning bir qismidan tashqari (area nuda) hamma joyi vistseral qorin parda (brushina) bilan qoplangan. Qorin parda ostiga jigarning yupqa fibroz qobig' glisson kapsulasi yotadi. Jigarning darvoza tomonidan fibroz to'qima organ parenximasiga kirib, qon tomirlar bilan birga yo'naladi.

Jigarni makroskopik ko'zdan kechirganda o'ng (lobus hepatis dexter), chap (lobus hepatis sinister), kvadrat (lobus quadratus) va dum (lobus caudatus) qismi ajratiladi. Kvadrat va dum qismi jigarni o'ng qismini tashkil qiladi. Jigar qismi va diafragmal yuzani chegarasi bo'lib o'roqsimon bog'lam, vistseral-venoz tirqish (lig. venosum (Arantii)) va jigarni dumaloq bog'lami xizmat qiladi. Jigarning o'ng qismi diafragmal yuza bilan chap qismini o'roqsimon bog'lam, vistseral tomondan pastki kovak vena va o't qopini tubini (dno) birlashtiruvchi liniya ajratib turadi. Jigarning kvadrat qismi o't qopi, dumaloq bog'lam va jigar darvozasi orasida joylashgan. Dum qismi pastki kovak vena, jigar darvozasi va venoz bog'lam orasida joylashgan. Jigarning dum va kvadrat qismi orasidagi chuqurchada jigar arteriyasi, darvoza venasi va umumiy o't yo'li o'tgan va u jigar darvozasidir (porta hepatis) (rasm. 1.1, b). Jigarning o'ng qismi chap qismidan katta va o't qopiga yaqin joylashgan o'ng qism davomi shakliga ko'ra tilga oxshab, "Ridel qismi" deyiladi. Bu ko'pincha jigar kattalashgan deb xato qilish mumkin.

Qon tomirlar va o't yo'llarining taxsimlanishiga ko'ra segmentlarga bo'linib, jigarda 8 ta segment mavjud (рис. 1.2). Uchinchi qator darvoza venasi, jigar arteriyasi va o't yollari bilan o'rab olingan jigar parenximasini segment deb tushunamiz. Jigar qismlari (lobulus hepatis) orasida uncha ko'p bo'lmagan biriktiruvchi to'qima, jigar qismlari orasidagi o't yo'llari, arteriya va vena joylashgan. Bular jigar uchligi hisoblanadi. Jigar qismlari bir biri bilan bog'lanib turgan jigar plastinkalari (balka) lardan tuzilgan. Jigar qismlarini markazida markaziy vena joylashgan. Jigar plastinkalari orasida sinusoid kapilyarlar joylashgan. Sinusoid kapilyarlar qonni qismlar periferiyasidan uni markaziga yani markaziy venaga haydaydi.

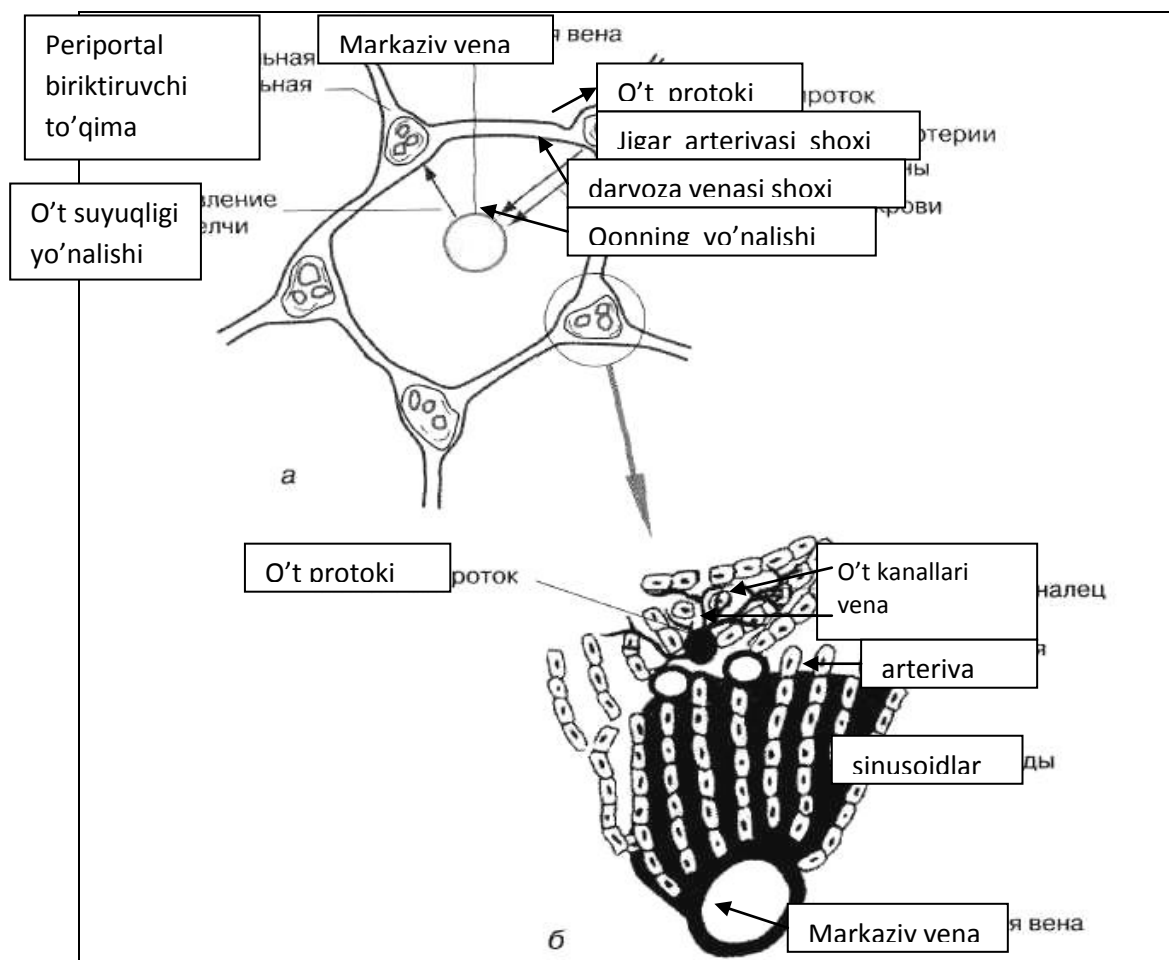


Rasm. 1.1. Jigar [Kuntz E., Kuntz H.-D., 2002]. **a** – oldindan ko'rinishi; **b** – orqadan ko'rinishi; **v** – pastdan ko'rinishi.



Rasm. 1.2. Kuin bo'yicha jigarni segmentlarga bo'linishi [Kuntz E., Kuntz H.-D., 2002].
a – yuqoridan ko'rinishi; **b** – pastdan ko'rinishi.

1 – pastki kovak vena; 2 – o'roqsimon bog'lam; 3 – dumaloq bog'lam.



Rasm. 1.3. jigar qismlari tuzilishi [feyts O., Moffet D., 2002].

a – darvoza venasidan markaziy venaga va keyin pastki kovak venaga qonni oqishi ko'rsatilgan.

б – jigar sinusoidlaridan qon oqayapti, o't suyuqligi o't yo'llaridan oqib o't protoklariga yig'iladi.

Jigar atsinuslari (rasm 1.4) ikita terminal jigar venulalari orasida joylashgan (markaziy venalar), ularni shartli chiziqlar bog'lab, atsinus o'qini hosil qiladi. Atsinus zonalari periferiyadan markazga qadar sonlardan tashkil topgan. Gepatotsitlar 1 zonasi afferent tomirlarga yotadi, ular kislorod ko'proq saqlaydi. Ichki zona 1 yo'nalishi bo'yicha atsinus bo'limidan tashqariga zona 3 qadar kislorodning portsial bosimi pasayadi va jigarga keladigan nutriyentlar hamda toksinlar miqdori pasayadi. Jigar hujayralari funktsiyalari ham shunga qarab tashkillangan.

Atsinuslar jigarda faqat mikrotsirkulyatorgina emas, balki sekretor funktsiya ham bajaradi, chunki o't yo'llari triada tarkibiga kiradi. O't kanalchalarini diametri zona 1 ga, zona 3 ga nisbatan katta. Murakkab atsinuslar ham mavjud, ular kamida 3 ta oddiy atsinusdan tashkil topgan. Qon murakkab atsinuslardan 3 zona oddiy atsinuslarga joylashgan terminal jigar venulariga oqadi.

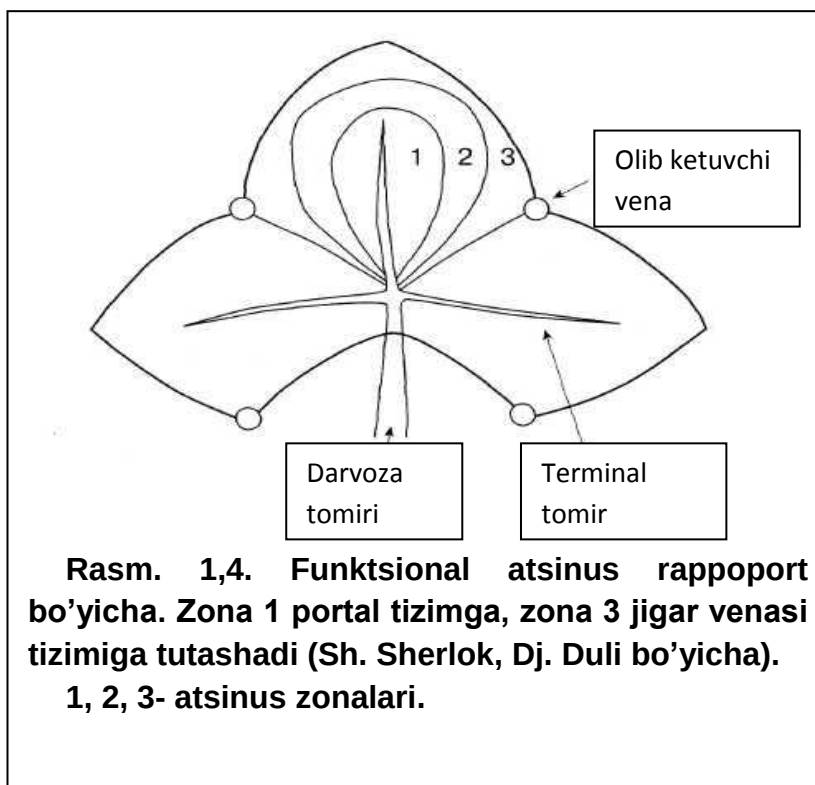
Jigarni qon bilan taminlanishi. Jigar darvoza venasi va jigar arteriyalaridan qon bilan taminlanadi, ular jigar darvozasiga kiradi. Darvoza venasi qorin bo'shlig'i azolaridan, yani medadan, ingichka va yo'g'on ichaklardan, meda osti bezidan hamda taloqdan qonni olib keladi (1,5 rasm). Jigar arteriyasi kislorod va oziq moddalarga boy bo'lgan arterial qon olib keladi. Jigar ichida darvoza venasi va jigar arteriyasi, jigar qismlari (dolya) arteriyalari va venalarigacha bo'linadi. Jigar qismlari orasidagi venalardan, jigar qismlari ichiga jigar plastinkalari (balkalari) orasida joylashgan qismlar ichidagi sinusoidal kapilyarlar o'tadi va markaziy venalarga tushadi. Sinusoidal kapilyarlar boshlanish qismida jigar qismlarini aylanib o'tuvchi arterial kapilyarlar tushadi. Jigar qismlari markaziy venalarni yig'uvchi venalar tashkil qiladi, ulardan pastki kovak venaga tushuvchi jigar venalari hosil bo'ladi (rivojlanadi).

Jigarning limfa aylanish tizimi. Limfatik kanallar chuqur va yuza chigallar (spleteniya) hosil qiladi. Birinchi portal tomirlar va jigar venalari shoxlariga paralel joylashadi, ikkinchi kapsulalarda topiladi. Bu chigallar orasida ko'p anastomozlar mavjud, shuni hisobiga kichik shoxlar kapsula orqali kiradi. Yuzadagi limfa tomirlar limfa stvollarini 14 tasini birlashtiruvchi qalin to'r hosil qiladi. Portal limfatik stvol 80 % jigar limfalarini so'radi.

Jigarning innervatsiyasi. Jigar simpatik va parasimpatik nerv tizimi bilan innervatsiyalanadi. Nerv tolalari quyosh chigalini, adashgan va o'ng diafragmal nerv pastki ko'krak qismidan (gangliya) chiqadi va jigar arteriyalari, darvoza venasi, o't yo'llari atrofida chigal hosil qilib chiqadi. Tolalarni ko'p qismi oldingi va orqangi stvolni hosil qiladi, ular jigarga darvoza sohasidan kiradi. Bazi bir tolalar jigar venalari va bog'lamlariga ham mavjud. tolalar bilan asosan arteriyalar innervatsiyalanadi va o't protoklari simpatik va parasimpatik nerv tizimi bilan innervatsiyalanadi. Miyelinsiz tolalar zona 1 dagi alohida gepatotsitlarga shox beradi (innervatsiyalaydi).

Ko'pchilik jigar nervlari aminergik yoki peptidergik hisoblanadi. Immunologic tekshiruvlar ko'rsatishicha jigar tolalarining bazi birlarida ko'pchilik boshqa biologic aktiv ham mavjud, shu bilan birga intestinal peptid, neuropeptid Y, glyukogon, somatostatin, neyrotenzin va b.q. Neparenximatoz jigar hujayralarida sintez qilinadigan prostaglandinlar tasiri bilan jigar innervatsiyasi bog'liq yani innervatsiya effektini kuchaytiradi.

Biliar tizim. Biliar tizimni o't kanallari, jigar ichi va tashqi o't protoklari, peribiliar bezlar, o't qopi va 12 barmoqli ichak katta so'rg'ichi (faterov so'rg'ichi) tashkil qiladi. Jigar ichi protoklari umumiy jigar protoki bifurkatsiyasidan boshlanadi (1.6 rasm).

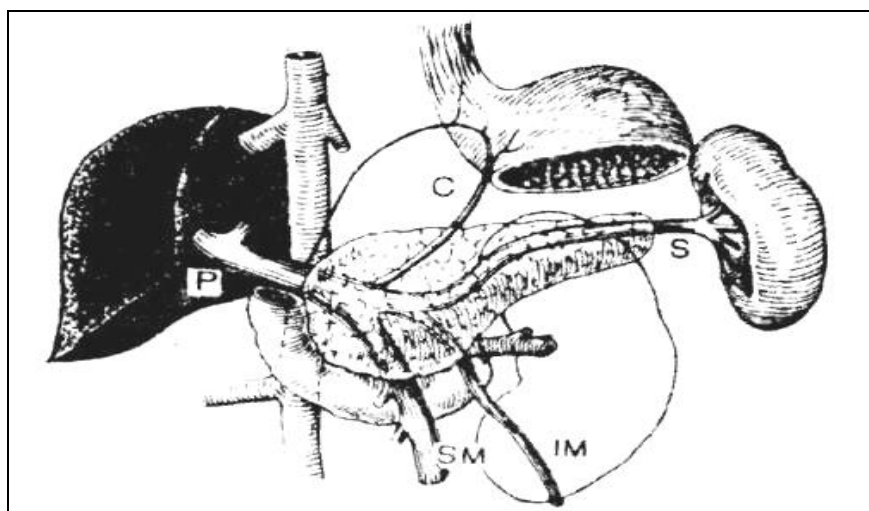


Simpatik

simpatik

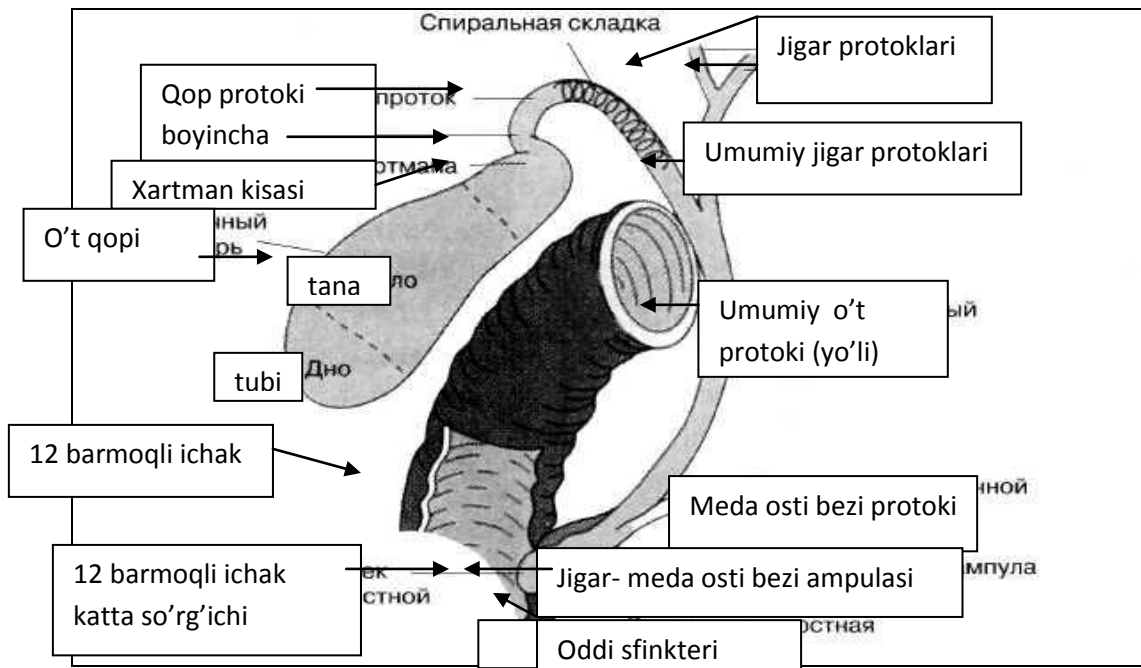
nerv

moddalar
vazoaktiv



Rasm. 1.5. darvoza venasi va uni katta shoxlari (по L. Schiff). P – darvoza venasi, C – medianing venech venasi, IM – pastki ichak tutqichi venasi, S – taloq venasi, SM – yuqori ichak tutqichi venasi.

Spiralsimon burmalar



Rasm. 1.6. O't qopi va o't yo'llari (Sh. Sherlock, Dj. Duli bo'yicha).

Katta protoklar va o't qopi. Jigarning har bir segmentida sector protoklariga tuyshchi o't protoklari mavjud va ular o'ng va chap jigar protoklariga qarab yo'naladi (o'ng bo'lsa o'ngda va chap bo'lsa chapga). O'ng va chap jigar protoklariga uzunligi 1,5 sm (o'rtacha 2 sm) va diametric 0,4-1,3 sm (o'rtacha 0,66 sm) keladigan umumiy jigar protoki hosil qilib birikadi. Umumiy jigar protoki o't qopi protoki bilan birikadi (ductus cysticus), va umumiy o't protokini hosil qiladi [ductus choledochus (biliaris)]. Bularni joylashish o'rni jigar-12 barmoqli ichak bog'lami varaqlari orasida, o'ngdan umumiy jigar arteriyasi va oldindan darvoza venasi bo'ylab. Protok 12 barmoqli ichak yuqori qismi orqa tomonidan uni tushuvchi qismi va meda osti bezi bosh qismiga orasidan pastga boradi. Keyin 12 barmoqli ichak medial devoir tushuvchi qismi va katta so'rg'ich cho'qqisiga ochiladi. Bungacha meda osti bezi protoki bilan birikadi. Bu ikki protoklar qo'shilishidan keyin kengayma hosil b'ladi. Bu «jigar meda osti ampulasi» (faterov ampula) nomini olgan. Ampula atrofidagi mushak qobig' tsirkulyar qavat qalinligi-«jigar-meda osti bezi ampulasi sfinkteri», yoki «ampula sfinkteri» yoki «Oddi sfinkteri» nomini olgan.

Gepatobiliar tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni tekkirirsh rejasi

1. pasport qismi.

2. bemorlar shikoyatlari.

3. kasallik anamnezi (kasallik belgilarini birinchi bo'lib qanday yuzaga chiqqanligi, kasallik simptomlarini kechish dinamikasi, oldin o'tkazilgan davo choralari va uni samaradorligi, tibbiy xodimga hozirgi murojaatining sababi).

4. hayot anamnezi (kasb, oilaviy, allergic, epidemiologic, gnekologik anamnez, oldingi o'tkazilgan kasalliklari, transfuziya qilinganligi to'g'risidagi anamnez).

5. bemorni ob'ektiv tekshirish rezultatlari-ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya (ehtimoliy rivojlanish sabablari va holati, kasallikni kuchaytiruvchi va engillashtiruvchi omillar, qo'shimcha yuzaga chiqishlari).

Bemorlarni so'rab-surishtirish jigar xastaligi yuzaga kelishini erta bosqichlarda aniqlashga, tashxislashda imkon beradi. Jigar va o't yo'li xastaliklari uchun quyidagi shikoyatlar xarakterli:

Umumiy xarakterdagi shikoyatlar: ishtaha bo'g'ilishi, toliqish, ta'sirchanlik, bosh og'rig'i, potensiyaning susayishi, hayz siklining buzilishi kabi simptomlar.

Tunda kuchayib va bemorni uyqudan mahrum qiladigan azobli teri qichishi.

Sariqlik (ko'pincha ko'zdan kechirayotganda sariqlik aniqlanmaydi va uni anamnez yordamida aniqlash mumkin, bundan tashqari so'rab-surishtirish sariqlik xarakterini aniqlashda yordam beradi).

Qusiq massasi yoki najasda qonning paydo bo'lishi.

Qorin o'lchamining kattalashuvi va bu bilan bog'liq holda tana massasining ortishi (to'planib qolgan suyuqlik hisobiga).

O't ajratuvchi yo'llar patologiyasida o't suyuqligini oshqozon va qizilo'ngachga otilishi bilan bog'liq bo'lgan boshqa shikoyatlar ham uchraydi.

Og'iz bo'shlig'ida noxush, odatda achchiq ta'm yog'li va qovurilgan ovqatlar iste'molidan keying kekirish, ko'ngil aynishi va qusish. Doimiy bo'lmagan najas (qabziyat ich ketishi bilan almashinadi), qorinning dam bo'lishi. O'ng qovurg'a osti yoyi sohasida og'riq. Jigardan tashqari o't yo'llari dimlanishi bilan bog'liq bo'lgan teri qichishi.

Umumiy xarakterdagi shikoyatlar

Toliqish, ta'sirchanlik va bosh og'rig'ining paydo bo'lishi markaziy asab tizimi funksiyasi buzilishidan (jigar ensefalopatiyasi) yuzaga keladigan jigar asosiy funksiyalari buzilishi natijasidagi intoksikotsiya bilan bog'liq. Intoksikatsiya kuchayishi bilan bu belgilar ham zo'rayib boradi, bularga uyqu buzilishi (uyqu inversiyasi-tungi bedorlik va kunduzgi uyquchanlik) keyinchalik esa hushning yo'qolishi (jigar komasi) ham qo'shiladi.

Qon ketishi.

Qusiq massasida qonning bo'lishi odatda qizilo'ngach kengaygan varikoz venalaridan qon ketgandan yoki jigar xastaliklari bilan tushuntiriladigan darvoza venasida qon dimlanishi bilan portal gipertenziyadan, eroziv gastrit borligidan darak beradi. Bunday holat najasda qizil qon paydo bo'lishiga (gemmoroidal qon ketish) va najasning qorayish (melenas). Qon ketish sababi eroziv gastrit, alkohol genezli gastrit, Mellori-Veys sindromi. Milkardan tish yuvganda va burundan tez-tez qon ketishlar, oddiy tasirotlarda teri osti qon quyilishlari kuzatiladi. Ayollarda bachadondan qon ketish holatlari yoki hayz tsiklini uzayishi kabilarni misol qilib olish mumkin.

Og'riq.

O'ng qovurg'a yoyi ostida og'irlik va bosim bo'lishi bilan og'riq hissini tushuntirish mumkin. Og'riq jigarni o'ragan qorin parda ta'sirlanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin, masalan perigepatit (jigar o'smasi va absessi) va perixolelstitida. Ular odatda intensiv xarakterda bo'lib, yuqoriga qarab irradatsiyalanadi (o'ng yelka sohasiga), o'ng qovurg'a osti palpatsiyalanganda kuchayadi. Jigar kattalashuvi bilan bog'liq bo'lgan organ kapsulasining tortilishi ham og'riq simptomini hosil qiladi, bu ko'pincha dimlangan yurak yetishmovchiligi natijasida jigarda qon dimlanishining paydo bo'lishida kuzatiladi. Jigar va o't yo'llari xastaliklarida uchraydigan og'riq quyidagi hotlarda ham bo'lishi mumkin: O't (jigarli) kolikasida o't pufagi va o't yo'llari silliq muskullarining spastik qisqarishi. Oxirgisi toshning o't yo'llari bo'ylab siljiganda yuz beradi. Bu og'riqlar kutilmaganda yuzaga kelib, chidab bo'lmaydigan darajada bo'ladi, ko'pincha yuqoriga irradatsiyalanadi, bemorga yengillik bermaydigan ko'ngil aynishi va qusish bilan kuzatiladi.

Dispepsiya. Ishtahaning pasayishi, og'izda noxush yoki nordon tam bo'lishi, kekirish, ko'ngil aynishi, qusish, qorinda dam bo'lishi, kuldirash, qabziyat yoki ichning suyuq o'tishi kabi simptomlar bezovta qiladi. Bu simptomlarni kelib chiqishiga o't suyuqligining sekretiysasi buzilishi sabab bo'ladi.

Isitma. Ko'pincha jigar va o't yo'llarida o'tkir yallig'lanish kuzatilganda, (abtsess, jigar raki, gepatit, tsirroznig faol davri) kabi kasalliklarda yuzaga keladi.

Astenonevrotik sindromlar (ishlash qobilyatini pasayishi, holsizlik, tez charchash, uyqusizlik, bosh og'rig'i va b.q.).

Teri qichishi

Bu belgi jigar kasalliklariga xos bo'lib xolestaz bilan birga kuzatiladi. Teri qichishi avjiga chiqish darajasi (azob beruvchi, tunda kuchayuvchi, bemorni uyqudan mahrum qiladi) jigar ichi va jigardan tashqari o't yo'llari dimlanishi (xolestaz sindromida) sariqlik bilan birga kuzatiladi.

Sariqlik

Jigar kasalliklarida uchraydigan xarekterli belgidir.

Sabablari. Jigar hujayralari yallig'lanishi (virusli va boshqa), ishemiyasi, ular o'smasi, nekrozi.

Jigarni toksik zararlanishi (gepatotrop zaharlar, alkagol, dori vositalari).

Autoimmun gepatit.

Jigar ichi xoleztazi.

Birlamchi skleroz bilan boruvchi xolangit.

O't yo'llarida operatsiya o'tkazilgandan so'ng o't yo'llarini chandiqlanib bitishi.

Dorilar tasirida boruvchi xolestaz (kontraseptiv dorilar va testesteron va b.q.).

Homiladorlik xolestatik sariqlik.

Chaqaloqning gemolitik sariqligi.

Sepsis.

O't toshlari o't yo'llariga tiqilib qolishi natijasida.

O't yo'llarini o'smalar bilan qisilib qo'lishi.

O'n ikki barmoqli ichakda o'smalar o'sib umumiy o't yo'lga osib kirishi va uning yopilishi.

Gijjalar bilan o't yo'llari yopilishi.

Badda-Kiari sindromi. Jigar venalari trombozi hisobida kelib chiquvchi tsirroz.

Jilber sindromi (tug'ma giperbilirubinemiya. Sariqlik jigar shikastlanish belgilarisiz rivojlanadi. Bunda o't suyuqligini chiqarish yo'llari yopiladi va gemoliz bo'ladi. Bu irsiy kasallik bo'lib, glukuroniltransferaza fermenti aktivligi pasayishi hisobiga bilirubin almashinuvi buziladi. Autosom dominant yo'l orqali avloddan avlodga o'tadi.

Rotor sindromi-bu irsiy kasallik bo'lib qonda bog'langan bilirubin miqdorini biroz ortishi bilan hamda siydik bilan koproporfirinni ajralishi bilan kechadi. Bunda jigarda boshqa ozgarishlar bo'lmaydi. Autosom retsessiv yo'l orqali avloddan avlodga o'tadi.

Krigler-Nayer sindromi. Glyukuronil transferaza fermenti tug'ma yetishmovchiligi va aktivligini pasayishi-bilirubin glyukuronid hosil bo'lmaydi. Irsiy negemolitik sariqlik bilan yuzaga chiqadi, og'ir holatlarda miya shikastlanadi yadroli sariqlik turi. Autosom retsessiv yo'l orqali avloddan avlodga o'tadi.

Dubin –Jonson sindromi. Tez-tez oilalarda uchrab va qaytalanib turadigan sariqlik. Bunda bo'yoqlar (kraskalovchilarni) ni ekskretsiyasi susayadi (sulfbromftalein natriy), temir saqlamaydigan gepatotsit pigmentlari, o't qopida patologiya bo'lmaydi.

Vilson-Konovalov kasalligi-irsiy kasallik bo'lib, oqsil va mis almashinuvi buziladi. Qonda mis mikroelementi ko'payib ketishi bilan xarakterlanadi. Sababi yashil rangli qon zardobidagi α -globulin yani tseruloplazmin etishmovchiligidir. Tseruloplazmin tarkibida mis saqlaydi uni qondagi mis hisobiga to'ldirib turadi va bu modda eritropoezda ishtirok etadi. Bu moddani irsiy yetishmovchiligi qon zardobida mis mikroelementini ortishiga sabab bo'ladi va asosan ko'zda sariqlik rivojlanadi hamda yashil halqa hosil bo'ladi. Bunda jigar shikastlanadi va ikkilamchi bosh miya zararlanadi (chechevitsasimon yadroda distrofik o'zgarishlar). Ekstrapiramidal rigidlik, giperkineziya kuzatiladi. Bulbar soha va miyacha faoliyati buziladi, ruhiyat va nutq o'zgaradi, bular jigarni shikastlanish belgilari bilan birga keladi. Autosom retsessiv yo'l orqali avloddan avlodga o'tadi.

Sariqlikni yuzaga kelishini bilish uchun quyidagi savollarni bilish kerak:

Qachon sariqlik yuzaga kelgan va qanchalik darajada rivojlangan?

Bemor qornida og'riq, anoreksiya, ko'ngil aynishi, qusishni his qilganmi?

Bemor harorati ko'tarilganmi, teri qichishi, tana massasi pasayganmi?

Bemorga qon quyilganmi, unda tatuirovka bo'lganmi?

Bemor qanday dorilarni iste'mol qilganmi, nima maqsadda?

Peshob va najas rangi qanaqa?

Bemor qarindoshlari va birga yashaydigan yaqinlarida sariqlik bo'lganmi, qachon?

Bemor alkohol iste'mol qilganmi, qancha miqdorda, qachon?

Tam va hid (obonyaniya) bilish sezgisini o'zgarishi ko'pincha gepatit A bilan kasallanganlarda kuzatiladi (hid bilish (obonyaniya) analizatori sezuvchanligini pasayishi-qipoosmiya, hidni yomon qabul qilish-dizosmiya, tam bilish sezgisini pasayishi-gipogevziya, tamning aynishi (iskajeniya)-disgevziya)

Jigarni asosiy fizikal tekshirish usuli bo'lib, xuddi boshqa organlardagidek- umumiy ko'zdan kechirish, qorin bo'shlig'i a'zolari taxminiy o'lchamini bilish uchun qorin bo'shlig'ini palpatsiya va perkussiyasi ham kiradi. Taloqni tekshirish jigar tekshirilgandan keyin amalga oshiriladi.

Umumiy ko'zdan kechirish jigar kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni ko'zdan kechirganda quyidagilarga etibor berish maqsadga muvofiqdir.

- Bemorlarni oziqlanishini baholash;

- Teri rangi, butunligi, soch qoplamlarini tekshirish.

- Sklera rangini aniqlash.

- Sut bezi va moyaklar holatini tekshirish.

- Qorin old devorini ko'zdan kechirish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Umumiy ko'zdan kechirganda organizm ozish darajasiga e'tibor berish kerak bu holat dekompensirlangan tsirrozda yoki jigar rakida kuzatiladi; bunda tana massasining pasaygani astit hisobiga kattalashgan qorin bilan birga kuzatiladi. Izolatsiyalangan astsit sababini tushunish uchun qorin devorining kengaygan venalari ahamiyatga ega («Meduza boshi» rasm-3), bu portal gipertenziya boshlanayotganini bildiruvchi sabab bo'lib

hisoblanadi. Turli etiologiyaga ega bo'lgan uzoq davom etayotgan jigar tsirrozida barmoq falangalarining o'zgarganini sezish mumkin, xuddi «baraban tayoqchalari»dek.

Rivojlanib kechadigan jigarining ayrim kasalliklari (surunkali faol gepatit, faol davrdagi jigar serrozi), umumiy nospesifik sindromlar bilan kechadi-noinfeksion harorat, (bu kasalliklardan farqli ravishda o'tkir xoletsistit, xolangit, jigar abtssida harorat, infeksiyon bo'lib ko'pincha gektik, qaltirash va ter bilan kuzatiladi), artrit, tomir o'zgarishlari Reyno sindromi bilan («o'lgan barmoqlar» sindromi), quruq sindrom hisoblanuvchi Shegren sindromi, so'lakning yetarlicha ishlab chiqarilmasligi (kserostomiya), ko'z yoshining kam bo'lishi (quruq keratokonyuktivit), tishlarning tarqalgan kariesi. Ba'zan jigar kasalliklari boshqa kasallikka xos bo'lgan boshqa belgilar bilan kechishi mumkin (masalan, sklerodermiya, sistemali qizil bo'richa, revmatoid artrit), faqatgina zimdan anamnezni o'rganish va tekshirish natijalari, shuningdek, biopsiya, jigarining birlamchi kasalliklarini jigardan tashqari kasalliklardan diagnozlashga yordam beradi.

Jigar patalogiyasiga tipik bo'lgan belgilar maxsus termin «jigar belgilari» ostida bo'lib, kichik hamda katta guruhlarga bo'linadi.

Jigarning kichik belgilari

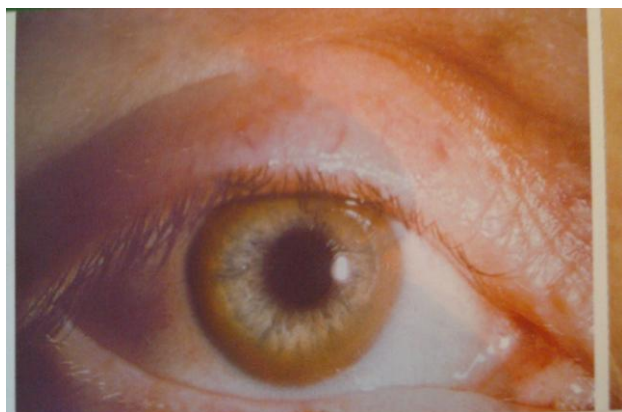
Teleangioektaziya («tomir yulduzchalari» rasm-1);

Palmar eritema (jigar kafti);

Qizil laklangan lab, til (rasm-4), og'iz shilliq qavatlar;

Gnekomastiya (rasm-2);

Ksantomatoz (rasm-5) pilakchalar (blyashka), ksantelazmalar ;



Kayzer-Fleysher halqasi

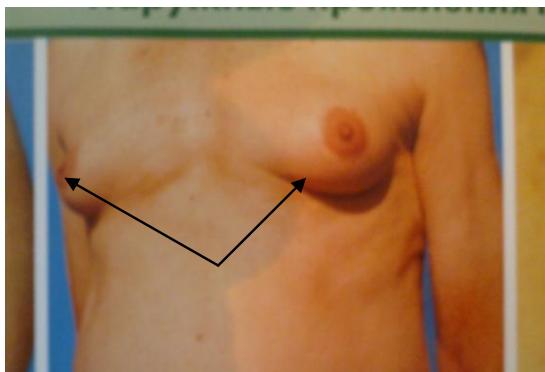


Dyuppyuitren kontrakturasi

Baraban tayoqchasimon barmoqlar.



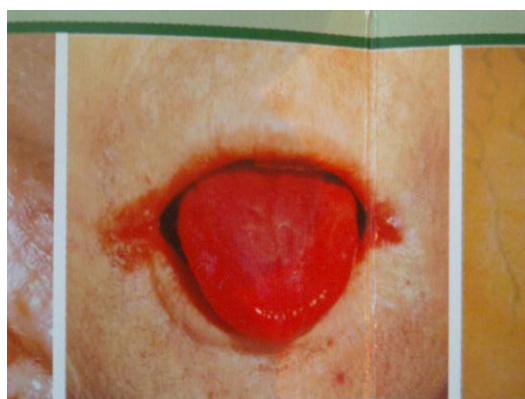
Rasm-1. Teleangioektaziya



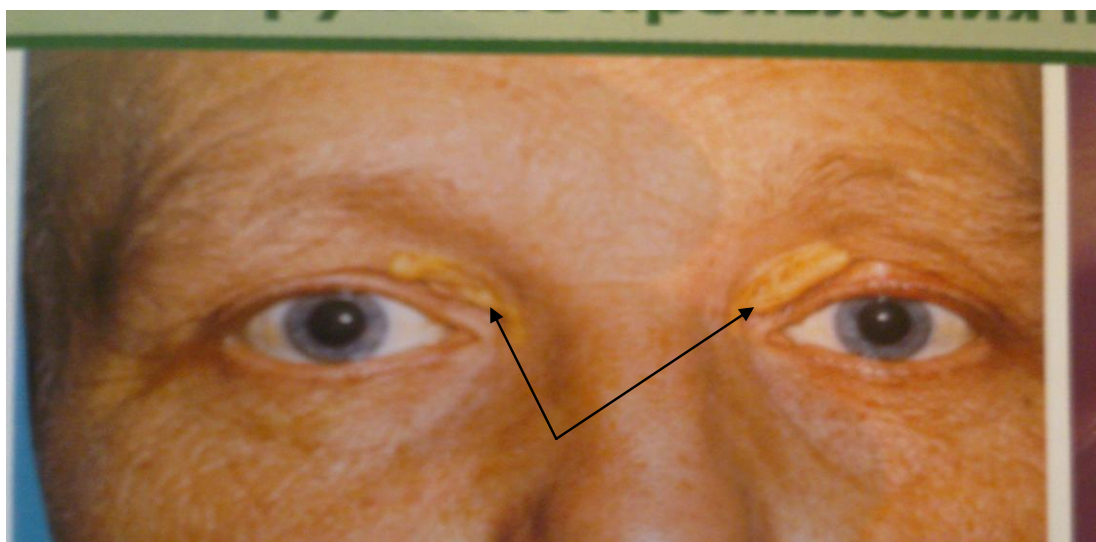
Rasm-2. Gnekomastiya



Rasm-3. "Caput Meduza"



Rasm-4. Laklangan malinasimon til



Rasm-5. Ksantoma

Og'iz hamda burun bo'shlig'i shilliq qavatiga qon quyilishlar, terida ekximoz va petixiya bo'lishi bilan kuzatiladigan gemmoragik sindrom va jigarining alkogolli kasalliklariga oid boshqa belgilar (gigant parotid-quloq oldi bezining kattalashuvi, Dyuppyuitren kontrakturasi-kaft aponevrozining fibroz-chandiqli to'lishi va barmoqlarni bukuvchi muskul quruqlashuvi, sklera tomirlarining inyesirlanganligi). Kayzer-Flaysher halqasi

Vilson-Konovalov kasalligi uchun xos.

Jigarning katta belgilari

Bu belgilarga sariqlik va gepatomegaliya kirib, jigarning asosiy sindromlari-portal gipertenziya, jigar-hujayra yetishmovchiligi, jigar ensefalopatiyasi, gepatolienal sindrom bilan birga kuzatiladi.

Qorinni umumiy ko'zdan kechirishda qorin hajmini kattalashishi astsit suyuqligi hisobiga va qorin shaklini qurbaqa qorniga o'xshab qolishi, qorin old devori venalarining kengayishi, kindikning bo'rtib chiqishi, meduza boshi simptomi, tomir yulduzchalarni ko'rishimiz mumkin. Qorin terisi rangi sarg'ayishi bilan birga qorin terilarida gemorragik toshmalar ham ko'rish mumkin. Jigar sohasini ko'zdan kechirayotganda uni sezilarli o'lchamlarda va hosilalar hisobiga (tugun, o'sma, exinokokkoz kistalari, katta abtsess) qorin devorini ozgina kengayganida kattalashganini (gepatomegaliya) bilish mumkin. Bu holatlarning barchasiga qorinning jigar shishishi hisobiga paydo bo'lgan assimetriyasiga hamda harakat paytida o'ng o'mrov osti va epigastral sohaning orqada qolishiga e'tibor berish kerak. Shuningdek, uch tavaqali klapan yetishmovchiligida qon regurgitatsia to'liqini hisobiga kattalashgan jigar pulsatsiasini ko'rish mumkin. Kattalashgan o't pufagi ko'rinib turadigan bo'rtma hosil qiladi.

Jigar palpatsiyasi. Jigar palpatsiyasi-shu organni tekshirishning asosiy usuli bo'lib, unda jigar yuzasi silliq va tekis, organ yumshoqdir.

Palpatsiya tartibi. Jigarni paypaslash Obrazstov bo'yicha chuqur sirg'anuvchi palpatsiya qoidalari bo'yicha bajariladi. Shifokor bemor tomondan o'ngda turib, bemor yotoqda qo'llari oldinga cho'zilgan oyoqlari esa tizza sohasida bukilgan holatda yotadi. Bemor nafas chiqarish fazasida qorin devori muskullarining maksimal darajada bo'shashgan holatda bo'lishida palpatsiya qilinadi. Meyorda jigar yumshoq va yuzasi silliqdir. Kasalliklarda jigar qattiqlashadi va yuzasi noteks g'adir budir bo'ladi. Jigar ekskursiyasini kuchaytirish maqsadida chap qo'l kafti bosimi o'ngda oldingi ko'krak devori pastki bo'limlariga beriladi. Palpatsiya qilayotgan o'ng qo'l jigar chegarasidan pastda oldingi qorin devoriga qo'yiladi. Bunda barmoq oxirlari bemor nafasi bilan sinxron ravishda qoringa kirib boradi va navbatdagi nafas olinganda sirg'anuvchan jigarning pastga tushgan chegarasi seziladi.

Astsitda jigar palpatsiyasi va perkussiyasi qiyinlashadi, shuning uchun "suzib yuruvchi muzchalar" simptomi kuzatiladigan ballatirlangan palpatsiyadan foydalaniladi. Buning uchun o'ng barmoqni kindikdan pastda o'ng mezogastral sohaga qo'yib, barmoqlarning turtkisimon harakati bilan barmoqlar ostida organ sezilguniga qadar yuqoriga ko'tariladi. Bu usul yordamida jigar chegaralari va yuzalari haqida tasavvur paydo bo'lishi mumkin.

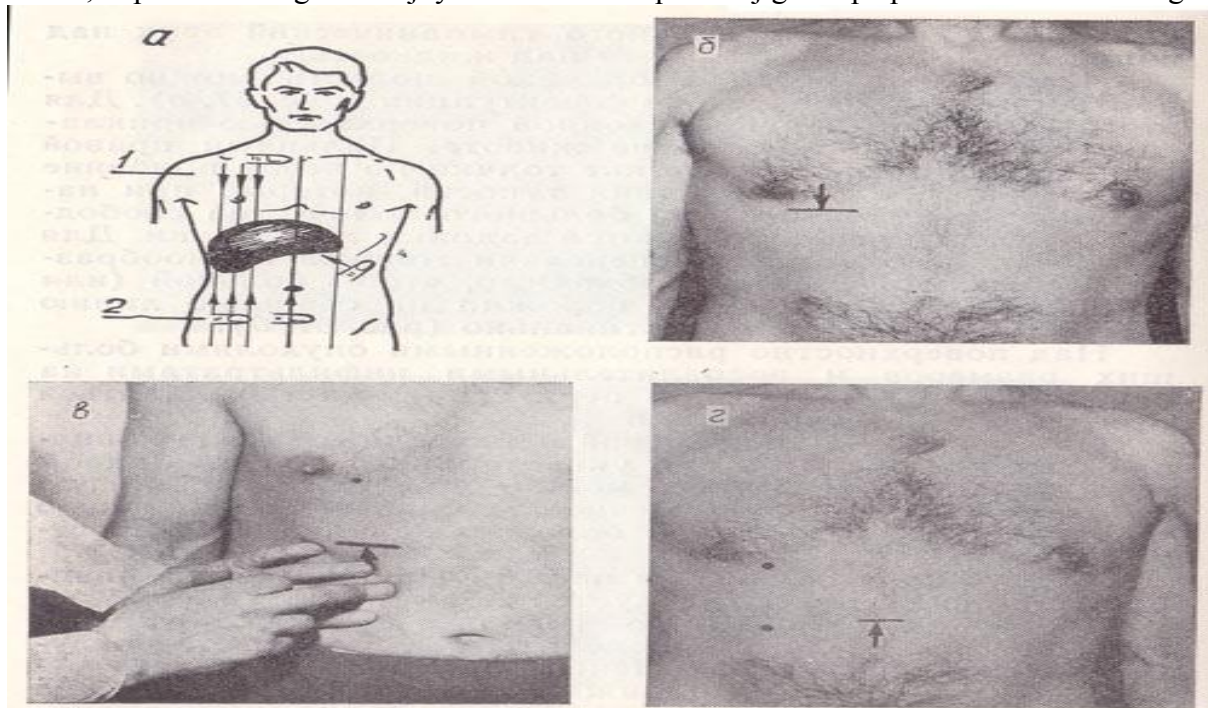
Palpatsiyada jigar xarakteristikasi; Palpatsiya yordamida jigar pastki chegarasi-shakli, butunligi, notekisliklari va sezuvchanligi aniqlanadi. Normada jigar chegarasi palpatsiyalanganda yumshoq, tekis, og'riqsiz bo'ladi. Pastki chegaraning qo'shilishi jigar kattalashmaganida ham bo'ladi, bunda yuqorigi va pastki jigar bo'g'liqlari qo'shiladi.

Jigar perkussiyasi

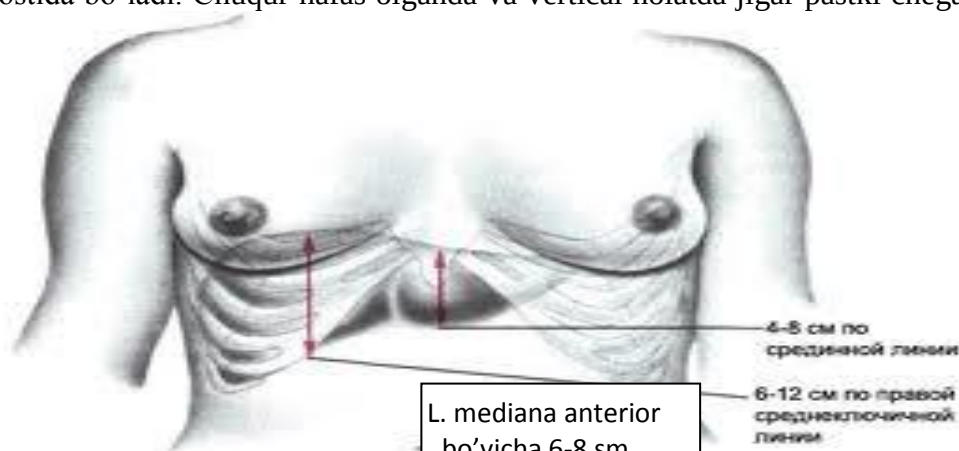
Jigarning pastki va yuqori chegaralarining o'zgarishi

Jigarning chegaralarining o'zgarishi	Jigarning chegaralarining o'zgarishining sabablari
Jigarning pastki chegarasining pastga siljishi	Jigarning gepatit, tsirroz, rak, jigardagi dimlanish tufayli kattalashuvi. O'pka emfizemasi va diafragmaning pastga siljishi tufayli jigar pastga siljiydi
Jigarning pastki chegarasining yuqoriga siljishi	Jigar tsirrozi va unda o'tkir distrofiya bo'lganda jigar hajmi kichrayganda pastki chegara yuqoriga siljiydi. Meteorizm, homiladorlik va astsit suyuqligi qorinda yig'ilishi tufayli diafragma yuqori turadi shu tufayli jigar pastki chegarasi yuqoriga siljishi
Jigarning yuqori chegarasining pastga siljishi	Diafragmaning pastga siljishi, diafragma osti abtsessi, o'ng tomonlama pnevmotoraks, o'ng tomonlama gidrotoraks tufayli
Jigarning pastki chegarasining yuqoriga siljishi	Jigar raki va exinokokki, meteorizm, homiladorlik va astsit suyuqligi qorinda yig'ilishi natijasida diafragmaning yuqori turishi tufayli

Perkussiya yordamida jigar o'lchamlarini, pastki chegarasini qo'shilishi hamda kamdan-kam holatlarda (absess, katta kista, katta o'sma tuguni) yuqori chegarasining qo'shilishi bilan ham kuzatiladigan jigar kattalashuvini bilish mumkin. Odatda jigarning yuqori chegarasi o'ng o'pkaning pastki chegarasiga to'g'ri keladi; pastki chegarasi joylashuvini aniqlash jigar palpatsiasini o'tkazishga imkon beradi.



Jigarning pastki chegarasini tinch perkussiya yordamida aniqlasa bo'ladi. Perkussiya timpanik tovush sohasida kindik yoki undan pastroqda boshlab plessimetr-barmoqni yuqoriga qarab absolyut tovush hosil bo'lgunicha perkussiyalanadi. Bu jigar pastki chegarasi bo'ladi. Normada jigar qovurg'a ravog'idan chiqmaydi, asteniklarda esa qovurg'a ostida bo'ladi. Chuqur nafas olganda va vertical holatda jigar pastki chegarasi 1-1,5



sm ga pastga tushadi.

O'ng o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab kindikdan jigar pastki chegarasigacha bo'lgan masofa o'ng o'pka tovushidan pastga qovurg'alar orasi bo'ylab jigar bo'g'iqligi hosil bo'lgan tovush bilan o'ng o'pka tovushidan pastga birlashtirib **Kurlov bo'yicha jigarning birinchi o'lchami** aniqlanadi. Ikkala nuqtalarni birlashtirib Kurlov bo'yicha ikkinchi o'lcham aniqlanadi. Bu nuqtalarni birlashtirib Kurlov bo'yicha ikkinchi o'lcham olinadi, odatda u 8 sm.

L. mediana anterior
bo'yicha 6-8 sm

L. medioklavikularis
dextra bo'yicha 6-12 sm

u 9 sm. Jigar bo'g'iqligini

Qorinning o'rta chizig'i bo'ylab, jigar bo'g'iqligi hosil bo'lgunicha yuqoriga qarab perkussiyalanadi. O'rta chiziq bo'ylab yuqori chegarani aniqlash teri ostida to'sh borligi so'nayotgan perkutor tovushni beragani uchun qiyin, shuning uchun bu o'lchamning yuqori nuqtasi sifatida shartli ravishda birinchi jigar bo'g'iqligi o'lchami yuqori chegarasi bilan bir xil bo'lgan nuqta olinadi. Bu nuqtalarni birlashtirib Kurlov bo'yicha ikkinchi o'lcham olinadi, odatda u 8 sm.

Kurlov bo'yicha uchinchi o'lchami chap qovurg'a yoyi yaqinida unga parallel ravishda oldingi qo'ltiq osti chizig'idan perkussiya boshlanadi. Odatda u 7 sm.

Agar jigar kattalashgan bo'lsa birinchi katta o'lcham kasrda ifodalanadi, suratda -o'ng o'rta o'mrov chizig'i bo'yicha umumiy o'lcham, maxrajda esa-qovurg'a yoyidan pastga tushgan o'lcham yoziladi.

Asosiy klinik sindromlar

Sariqlik

Sariqlik (icterus)-jigar kaslliklarining asosiy belgisi bo'lib, qonda o't pigmentari ko'payishi va shilliq qavatlar, sclera hamda terining sariq rangga bo'yalishidir. Jigar billuribin almashinuvida qatnashishi bo'yicha birinchi o'rinda turar ekan, jigar zararlanmaganida ham kuzatilsada, sariqlikni jigarning tipik kasalligiga kiritiladi. Shilliq qavat, skleralarning sarg'ayishi teri qichishi bilan kuzatiladi. Sariqlikda billuribinning qondagi miqdori 34.2 mkmol/l (2 mg) bo'ladi; bunda uning terida, shilliq qavat va sklerada to'planishi kuzatiladi. Terining sarg'ayishi-giperbilluribinemianing yuzaga kelishi boshqa faktorlar yordamida ham chaqirilishi mumkin; tarkibida ko'p miqdorda karotin, akrixin tutgan mahsulotlar iste'moli (sabzi, tomat) ham sariqlik chaqiradi-sariqlikdan farqli ravishda bunda sclera sarg'aymaydi. Klinik jihatdan tananing turli sohalarining sarg'ayishi giperbilluribinemiya darajasiga bog'liq. Tanada sariqlikni rivojlanish ketma-ketligi quyidagicha; boshida sclera keyinchalik esa til pastki qismi shilliq qavati va tanglay, undan keyin yuz terisi, kaftlar oxirida esa butun tana sarg'ayadi. Ba'zan zardob tarkibidagi billuribin miqdori tananing sarg'ayish darajasi bilan nomunofiq bo'ladi.

Sariqlik anemiya, gipoproteinemiya, semirishdagi shishlarda kamroq seziladi

Ozg'in hamda mushaklari rivojlangan bemorlarda teri qoplamlari yorqinroq sarg'ayadi. Yurak yetishmovchiligi natijasida jigarda qon dimlanganda tananing yuqori qismi sarg'ayadi. Davomli giperbilluribinemiyada tana rangi yashil hatto bronza-qora tus oladi (melanosariqlik).

Sariqlik turlari

Sariqlik qonda bog'langan yoki bog'lanmagan billuribin ko'payganda yuzaga keladi. Har ikkala holatda ham sariqlikning irsiy, yaxshi sifatli va orteirilgan turlari tafavut qilinadi. Shuni yodda tutish kerakki, sariqlik aniq bir diagnoz sifatida emas balki u yoki bu kasallikning ko'rinishlaridan biri bo'ladi, shuning uchun buning yuzaga kelish sababini yoki aniq bir kasallikni aniqlash zarur. Billuribin almashunivining orteirilgan buzilishi: jigar usti, parenximatoz (jigar-hujayra), mexanik sariqliklarga bo'linadi. Nisbatan ko'p tarqalgan turi-jigar usti sariqligining-gemolitik, jigar-hujayra sariqligi-gepatotitlar nekrozi bilan kuzatiladigan jigarning o'tkir va surunkali kasalliklarida kuzatiladigan turidir, jigar osti sariqligi esa-jigar ichi yoki umumiy o't yo'lining obstruksiyasi natijasida yuzaga keladi.

Gemolitik sariqlik

Bu sariqlik qonda ko'p miqdorda konyugirlanagan billuribin bo'lishi bilan xarakterlanadi. Eritrotsitlarning ko'p gemolizi bilan bog'liq holatda bog'lanmagan billuribinning ko'p ishlab chiqarilishidan yuzaga keladi:

-effektiv bo'magan eritropoez;

-Vit B12, folat kislotasi tanqis anemiya;

-davomli yoki cho'ziluvchan septik endokardit;

-o'pka infarkti sohasidagi qon quyulishlarda;

-malyariya;

-gemolitik zaharlar ta'siri natijasida (fenilgidrazin, og'ir metal tuzlari);

-turli xil immunologic kasalliklar natijasida yuzaga keladigan immun gemolitik anemiya ham bor.

Gemolitik sariqlikda teri rangi limon-sariq tovlanadi, teri qichishi bo'lmaydi, taloq kattalashgan bo'lib, anemiya rivojlanadi. **Qonda erkin** (bog'lanmagan) bilirubin miqdori ko'payadi, chunki jigar ko'plab parchalanayotgan bilirubinni bog'lashga ulgurmaydi. **Najas rangi** intensive, bu ko'p miqdorda billuribin hosil bo'lishi va uni sterkobilinogen shaklida ichakga ajralishi bilan bog'liq. **Siydikda ko'p** miqdorda urobilin va sterkobilinogen bo'lib, bog'langan billuribin bo'lmaydi.

Jigar-hujayra (parenximatoz) sariqligi.

Jigar hujayralari shikastlanishi hisobiga ularni zararsizlantirish (detoksikatsion) funktsiyasini pasayishi hisobiga, qonda hemoglobinni parchalanishi natijasida hosil bo'lgan bilirubinni glyukuronid bilan bog'lash faoliyatini yani bilirubin glyukuronid hosil bo'lishining pasayishidir va o't yo'llariga kam ajralishi. Sariqlikning bu turi, gepatotsitlar zararlanishi va qonda bog'langan shu bilan birga bog'lanmagan billuribin ko'payishi kuzatiladi. Bog'lanmagan billuribin ko'payishi jigarni bilirubinni glyukuronid kislotasi bilan bog'lash xususiyatini pasayishi hisobiga bo'lsa, bog'langan bilirubinni ko'payishi uni o't yo'llaridan qonga so'rilishi hisobigadir. Siydikda suvda eruvch bog'langan bilirubin va o't kislotalarini paydo bo'lishi, najasda sterkobilinogen kamayishi bilan xarakterlanadi.

Sariqlikning bu turi quyidagi holatlarda kuzatiladi:

-jigarning virusli zararlanishlarida (A, B turdagi o'tkir hepatitlarda, B, C, D turdagi surunkali hepatitlarda, toksik hepatitlarda, jigarning tsirrozida);

-alkagolli zararlanishida;

-dorilar bilan zararlanishda;

-autoimmun gepatitlar va b.q.;

Teri qoplamlari rangi o'zgargan qirmizi-sariq va qizilroq tus oladi, taloq kattalashgan bo'lishi mumkin. Siydikda xuddi gemolitik sariqlikdek, konjugirlangan billirubin miqdori oshgan bo'lib, siydik rangi odatdagidan qoraygan bo'ladi, najas esa odatdagidan oqargan bo'ladi.

Bulardan tashqari irsiy gepatozlar (Jilber va Rotor sindromi) ham mavjud va bularda hambilirubinni glyukuronid bilan bog'lanishi qaysidir etapda buzilib terida yoki shilliq qavatlarda sariqlik yuzaga keladi, bu bolalikdan ham bo'lishi mumkin.

Mexanik sariqlik

Sariqlikning bu turi o't yo'llarining endogen yoki ekzogen yopilishi natijasida yuzaga keladi. Endogen yopilishi o't toshlarining, o't yo'llariga tiqilib qolishi va sklerozli xolangitda o't yo'llarining sklerotik o'zgarishlarida hisobiga vujudga keladi. Ekzogen yopilishi tashqaridan o't yo'llarini qisilishi (o'smalar, jigar darvozalari o'sma metastazlarida, meda osti bezi bosh qismi o'smalari, 12 barmoqli ichak shilliq qavati o'smalari va shishlari, shu ichak yaralari peneteratsiyasi va b.q.). Bu o'zgarishlar o't suyuqligi dimlangan joydan yuqoriga bosim ortishi hisobiga bilirubinglyukuronidni qonga qaytib so'rilishi taminlaydi. Sariqlik qonda regurgitatsiya hisobiga konjugirlangan billuribinning miqdori qonda oshadi.

Mexanik sariqlikda teri rangi maksimal darajada o'zgargan, davomli sariqlikda teri qoramtir rangda bo'ladi. Qonda bog'langan bilirubin miqdori ko'payadi va bu uzoq davom etsa jigar funktsiyasi ham buzilishi hisobiga bog'lanmagan bilirubin ham paydo bo'ladi. Siydikda bog'langan bilirubin va o't kislotalari paydo bo'ladi. Siydik rangi jigarrang bo'ladi. Najas rangi rangsizlanadi, chunki ichakka sterkobilin tushmaydi. Bemorlar deyarli qon da o't kislotalari ko'payishi (xolemiya) hisobiga har doim teri qichishi, ko'zdan kechirganda terisida qashalgan izlar ko'rish mumkin, terisi tarang. O't kislotalari adashgan nervni qitiqlashi hisobiga, bemorlar pulsi kamayadi (bradikardiya), qon bosimi past bo'ladi. Markaziy asab tizimi xolemiya hisobiga zaharlanib, asteno-nevrotik sindromlar (bosh og'rig'i, bosh aylanishi, tez charchash, holsizlik, ishlash qobiliyatini pasayishi, tasirshanlik, uyqusizlik va b.q.) ni yuzaga keltiradi. Mexanik sariqlikning yuqoridagi belgilariga asoslangan holda uning to'lqinsimon xarakterdaligi seziladi; bu o't yo'lining o'sma bilan to'silishi bilan tushuntiriladi.

Portal gipertenziya

Portal gipertenziya-jigar sindromi bo'lib, darvoza venasidan qonni jigarga o'tishining buzilishi hisobiga yani tashqaridan va ichkaridan v. portaeni berkilishi yoki siqilishi va unda bosimning oshishi, bilan xarakterlanadi.

Etiologiya va patogenezi.

Portal tomirlarda qon aylanishi buzilishi 3 guruhga bo'linadi: jigar ichi (sinusoidal), jigar osti (postsinusoidal), jigar usti (presinusoidal). Darvoza venasida qon aylanishining buzilishi qiyinlashuvi virusli yoki alkogolli jigar tsirrozida, shuningdek Vilson-Kanavalov kasalida kuzatiladigan jigar tsirrozida, bo'lakchalararo yuzasida biriktiruvchi to'qima o'sganda kuzatiladi. Jigar osti guruhda darvoza venasi okklyuziyasi: devor yallig'lanishi, trombozda, o'sma bilan to'silganda, kattalashgan limfa tugunlarida (limfagranulematoz va leykozlarda), kamroq hollarda esa shistosomoz, sarkoidozda kuzatiladi. Jigar osti guruhda jigar venalari okklyuziyada, Badda-Kiari sindromi kiradi.

Klinik ko'rinishi

Portal gipertenziya klinikasida-klinik triada kuzatiladi:

1. Kollateral venoz qon aylanishining yuzaga kelishi;
2. Astsit
3. Taloqning kattalashuvi.

Bu triada simptomlar darvoza venasida bosim ortishi natijasida anastomozlar rivojlanishi hisobiga bo'ladi. 1. gemoroidal vena chigallari sohasida (pastki ichak tutqichi venasi va gemoroidal venalar orasi anastomoz qon pastki kovak venaga tushishi qiyinlashadi) buni hisobiga gemoroidal venalar kengayadi. 2. qizilo'ngach- meda venasi chigali sohasi (chap meda venasidan qizilo'ngach chigali va yarimtoq venadan yuqori kovak venaga. Buni hisobiga qizilo'ngach pastki venalari varikoz kengayishi kuzatiladi. 3. qorin bo'shlig'i venalari bilan anastomoz qiluvchi kindik atrofi venalari va qorin devori, diafragma venasi, bular qonni yuqori va pastki kovak venaga olib kelishi kerak. Buni buzilishi hisobiga kindik atrofi venalari (Meduza boshi simptomi) va boshqa qorin devori venalari kengayishi, tomir yulduzchalar kabi o'zgarishlar yuzaga keladi. Astsitning yuzaga kelish sababini quyidagicha tushuntirish mumkin; 1-qorin bo'shlig'idagi venalarda bosim ortishi hisobiga qonni zardobi qorin bo'shlig'iga chiqada. 2-qonning onkotik bosimi pasayadi, chunki jigarda albuminlar sintezi pasayadi. Buyrak usti bezini aldosteronni ko'p ishlab chiqarilishi va jigarni

antidiuretik garmanni inaktivatsiya jarayonini pasayishi hisobiga suv va natriy ko'p miqdorda saqlanishini astsit rivojlanishiga roli katta. Bemorlarni ko'zdan kechirganda bemorlar ozg'in, teri va teri osti yog' qatlami sust rivojlanganligi, qorinning kattalashganligini, qorin devori venalari kengayganligini, tomir yulduzchalarni, meduza boshi simptomini, kindikni bo'rtib chiqqahligini, burundan, milklardan qon ketish izlari va boshqa o'zgarishlarni ko'rishimiz mumkin. Bemorlar yotganlarida qorinlari ikala yonga kengayadi. Palpatsiyada qorinda chayqalish (fluktuatsiya) simptomi musbat bo'ladi, taloq kattalashganligini aniqlash mumkin. Perkussiyada jigar va taloq o'lchamlari haqida malumot olish mumkin.

Davolash. Xirurgik davo choralari ko'riladi va qonni ivish xususiyatlarini yaxshilash maqsadga muvofiq. Simptomatik davo.

Jigar hujayralari yetishmovchiligi

Jigarda u yoki bu tasirotlar natijasida funktsiyasini to'laqonlik bilan bajaruvchi gepatotsitlar miqdorining kamayishi hisobiga jigar hujayralari yetishmovchiligi kelib chiqadi. Jigar etishmovchiligi o'tkir va surunkali turlariga bo'linadi. Uch bosqich tafovut qilinadi; kompensirlangan; dekompensirlangan va terminal yoki distrofik. Uchinchi bosqichi koma bilan yakunlanadi.

Etiologik omillari; jigarining o'tkir hamda surunkali toksik maddalar, viruslar-o'tkir jigar etishmovchiligiga olib kelsa, o'smalar bilan zararlanishi, oqsillar va vitaminlar etishmovchiligi, jigar tsirrozi va b.q.larda surunkali jigar etishmovchiligi kuzatiladi. Tsirroz bilan xastalanganlarning 30-60% bemorlar jigar ensefalopatiyasiga sabab bo'ladigan jigar komasidan vafot etadilar. Jigar ensefalopatiyasiga olib keladigan turli faktorlar bor, ular:

- alkogol;
- ovqatn hazm qilish traktidan qon ketishi;
- kollaps, shok;
- dori moddalarining ta'siri;
- ko'p miqdorda oqsil qabul qilish;
- infektsiya.

Jigar komasida suv-elektrolit balansi o'zgaradi, masalan kuchaygan diurezda, qusishda. Klinik ko'rinishi jigar ensefalopatiyasi, rivojlanib boruvchi astsit hamda gemoragik sindromlar, kuchayib boruvchi sariqlikdan iborat. Jigar ensefalopatiyasi-jigar o'tkir, surunkali kasalliklari yoki darvoza venalari tomirlari bilan umumiy qon aylanish sistemasi o'rtasida shunt hosil bo'lganda qonga ichaklardan toksik moddalarning o'tishi natijasida nevrologik va psixoemotsional buzilishlar bilan kuzatiladigan sindrom.

. Jigar etishmovchiligi asosida jigarining chuqur distrofiyasi va jigar hujayralari nekrobiozi yotadi. Jigardagi bunday o'zgarishlar uning detoksikatsion funktsiyasini buzilishiga olib keladi, ichakda (indol skatol) va moddalar almashinuvi natijasida hosil bo'lgan toksik moddalar kollaterallardan qon aylanish doirasiga tushib organizmni zaharlaydi.

Patogenez. Jigar-hujayra yetishmovchiligida jigarining barcha funktsiyalari buziladi, bu zaharlanishning kuchayishiga, qon ivish faktorlari sintez buzilganda yuzaga keladigan gemoragik sindromga, astsit rivojlanishi hamda albumin sintezi kamaygani hisobiga shish hosil bo'lishiga olib keladi. Jigar ensefalopatiyasi rivojlanishini shish hamda astrolgiyaning funksional buzilishlariga olib keladigan azot birikmalarining organizmda saqlanib qolishi bilan bog'lashadi.

Klinik ko'rinishi. Bu kasallikning klinik simptomlariga birinchi o'rinda tsirrozda o'limga olib keluvchi chuqur jigar komasiga sabab bo'luvchi ensefalopatiya turadi. Jigar ensefalopatiyasining bir necha davrlari kuzatiladi:

1-davr (prodromal davr) – emotsional muhit va uyquning buzilishi, tunda uxlay olmaslik kunduzi esa uyquchanlik bilan kechadi.

2-davr – chuqur neyropsixik buzilishlar kechadi. Bunda qo'l barmoqlarining “qarsak choluvchi” (tremor) xos.

3-davr – koma oldi holat: hushning buzilishi-sopor, dizatriya, patologik reflekslar paydo bo'lishi “qarsak choluvchi” titrashning kuchayishi, Cheyn-Stoks yoki Kussmaul nafas ritmining paydo bo'lishi. Og'izdan shirin-xushbo'y hid kelishi, jigar o'lchamining kichiklashuvi, teri qichishisiz rivojlanuvchi sariqlik, gemoragik sindrom, gipoalbuminemiya, tana harorati oshishi.

4-davr – jigar komasi davri, arefleksiya bu davr uchun xos.

Bundan tashqari jigar-hujayra yetishmovchiligida gipoalbuminemiya, giperbilluribinemiya, shuningdek qonda protrombin va xolesterin miqdori kamayishi kuzatiladi.

Bemorlarda asosan astenonevrotik, dispeptik, sariqlik, shish, gemoragik sindronlar va isitma bezovta qiladi. Bemorlarda va asosan erkaklarda endokrin buzilish belgilarini ko'rish mumkin (moyaklar atrofiyasi,

ginekomastiya, bosh sochlari, qo'ltiq osti va boshqa sohadagi tuklarning to'kilishi), bu esterogenlarni inaktivatsiyasi bilan bog'liq. Ayollarda bachadon va sut bezi atrofiyasi, menstruatsiyani buzilishi kabi o'zgarishlar bo'ladi.

O't suyuqligini tekshirish. Duodenal sohasini xromatik va fraktsiyali zondlash usullari. O't suyuqligini makro va mikroskopik tekshirish. O't suyuqligini bioximik tekshirish. O't suyuqligi haqida tushuncha.

Duodenal zondlash

O'n ikki barmoqli ichak shiralari aralashmasining tarkibi quyidagicha:

- 1) umumiy o't yo'lidani ichak tirqishi orqali ajralib chiquvchi o't suyuqligi
- 2) virusning oqimi natijasida ichakka tushuvchi meda osti bezi sekreti
- 3) ichakning shilliq qavatidan ajralib chiquvchi ichak shirasi
- 4) o'n ikki barmoqli ichakka quyiladigan meda shirasi.

Duodenal tekshirishlar o't suyuqligi yo'llari va o't pufagi haqida muhim ma'lumotlar olish imkonini beradi. Bu usul Lyutkens va Oddi (jomlar-uzuksimon shaklli yopiq sfinkter bo'lib, u o't pufagi bo'yni va umumiy o't yo'llarining uzuksimon sohasida joylashgan) sfinkterlarining funksional holati, qisqarishi (o't suyuqligining aralashishi va uning ichakka tushishi) va konsentratsiyasini (o't suyuqligidan suvni ajratish) bilishga imkon beradi. Shuningdek o't yo'llaridagi yallig'lanishlar, kasallik qo'zg'atuvchi va chiqaruvchi mikroblarni aniqlashga yordam beradi.

Duodenal tadqiqotlar maxsus "duodenal zondlar"-uzunligi 1,5 metr bo'lgan va sirtida uning kirish chuqurligini bildiruvchi belgilar qo'yilgan yupqa rezinali trubkalar yordamida olinadi. Rezina trubkaning bir uchida namunalarni yig'ishga imkon beruvchi metal yig'ichlar o'rnatilgandir. Bunda nahorda o'n ikki barmoqli ichakdan shira olinadi. Bunda bemor duodenal zondni birinchi belgisigacha yutadi va o'ng yoni bilan karavotga yotadi. Oshqozondan o'n ikki barmoqli ichakka yengil o'tishi uchun tos sohasiga yostiqlik yoki valik qo'yiladi. Bemor asta-sekin va uzluksiz tarzda zondni uchinchi belgisigacha ichiga yutadi. Bu holatda zond o'n ikki barmoqli ichakdan quyiroqqa o't yo'li va oshqozonosti yo'li tirqishiga kirgan bo'ladi. Odatda bu jarayon 1-1,5 soat va ba'zi holatlarda esa 15-20 minut davom etadi. **Bunda sarg'ish rang suyuqlik-A porsiya ajralib chiqib boshlaydi. U o't pufagi tarkibini tashkil etadi (zondsiz fatser sohasiga kiritilishi Oddi sfinkterini zaiflashtiradi). Bu suyuqlikni probirkalarga yig'ib, bemorning boshi yoniga o'rnatilgan shtativga o'rnatiladi. B porsiyaning olinishi (o't pufagidagi o't) A porsiya ajralib chiqib boshlashidan faqat 20-30 min o'tgachgina amalga oshiriladi. Buning uchun o't pufagiga zond orqali asta-sekin qisqarishlar uyg'otgichi kiritiladi (30-50ml, 33%li oltingugurt magneziiyasi aralashmasi, 40ml zaytun moyi, 30-40 ml, 10%li osh tuzi aralashmasi, 30-50ml, 10%li glyukoza aralashmasi va h.k). Odatda o't pufagining qisqarishi ovqatning ta'siri ostida uning faoliyatini boshqaruvchi va qo'zg'atuvchi va boshqa mexanizmlar ta'siri ostida kuzatiladi. O't pufagi muskul qisqarishlari bilan birgallikda Oddi va Lyutkens sfinkterining zaiflashuvi ham kuzatiladi (o't pufagi bo'ynidagi doimiy muskul harakatlari va pufak oqimi). Duodenal zondlashda maxsus aralashmalar qo'llanilib, ular 5-10 mindan keyin qora-qizg'ish yoki ko'kimtir yoki qoramtir rangli pufakchalar B porsiyaning olinishiga imkon yaratadi. O't pufagi bo'shagandan so'ng yana tillarang-qizg'ish shaffof o't S porsiya o't pufagidan ajralib chiqishi boshlanadi.**

Yuqorida tavsiflangan an'anaviy duodenal zondlash usullaridan tashqari, oxirgi yillarda 5 fraktsiyali duodenal zondlash usullari ham qo'llanmoqda. U o't pufagiga keluvchi o't maydonini hisobga olgan holda uning alohida fraksiyalari ajralib chiqish vaqtini va har bir fraksiyani miqdoriy tahlil qilish imkonini beradi. O't pufagidan o't ajralib chiqishi tavsifnomalarini aniq bilish uchun duodenal zondlashning xromatik fraksion usuli qo'llanadi. Bunda bemor duodenal zondlash o'tkazilgunga qadar 10-15soat qolganda ichiga metilenli jelatin kapsulali bo'yoqni qabul qiladi. Bu preparat o'tni boshqa organlardan aniq ajratish imkonini beradi.

O't pufagining shilliq qavatidagi konsentratsion so'rg'ish fraksiyalarini va ularning patologiyasini yuqoridagi usullar yordamida o'rnatish mumkin. O'tninng kimyoviy tarkibi o't pufagida sodir bo'luvchi modda almashinuvini, jigarning holatini va organizmdagi modda almashinuvini (jumladan patologik jarayonlar) ham bilish imkonini beradi.

O't suyuqligi mikroskopiyasi.

Oshqozondagi leykotsitlar og'iz, oshqozon yoki ichakka tegishli bo'lishi mumkin, shuning uchun duodenal zondlashda ikki kanalli zondan foydalanish maqsadga muvofiqdir va u oshqozondagi qoldiqni so'rib olish imkonini beradi. Bundan tashqari xoletsistit kasalligida (kattalardagi operatsiya) 50-60% hollarda oshqozonda be leykotsit o'zgarishi kuzatiladi. Shuning uchun xoletsistitga tashxis qo'yishda ularga nisbiy o'rin ajratiladi.

Lyamblyalarning mavjudligi oshqozon-ichak traktida turli potologik (asosan yallig'lanish va diskinetik) jarayonlarga sabab bo'ladi. Sog'lom kishilarning o't pufagida lyamblyalar uchramaydi. Xoletsistit kasalligi

bilan og'rikan bemorlarda esa lyamblyalar o't pufagining shilliq qavatiga joylashib, (mikroblar bilan birga) diskineziya va yallig'lanish jarayonlarini kuchaytiradi.

Xoletsistit tashxisida G immunoglobulin, A, R-oqsillar, C-reaktiv protein, ishqoriy fosfatazalar, S-nukleotidazalar, malon dialdegidlar konsentratsiyalarining oshishi qayd etiladi. Ammo lizotsim, bilirubinlar miqdorining pasayishi kuzatiladi.

O't kislotalari, xolesterin va letsitinlarning nisbatini bilgan holda litogenlik ko'rsatkichi (yoki koeffitsientini) aniqlash mumkin va u quyidagicha hisoblanadi:

$$\text{Litogenlik indeksi} = \frac{\text{O'tdagi xolesterin miqdori}}{\text{O't kislotalari, xolesterin va letsitinlarning berilgan nisbatlarda eritish mumkin bo'lgan xolesterin miqdori}}$$

Agar litogenlik ko'rsatkichi birdan kichik bo'lsa, bunday o't to'yinmagan, agar birdan katta bo'lsa o'ta to'yingan deyiladi (ba'zan bu ko'rsatkichni "to'yinish ko'rsatkichi" ham deyiladi). Xolesterin bilan to'yingan o'tda xolesterinlarning kristallanishi xos bo'lib, shu sababli ular litogen deyiladi.

Jigar funktsional potentsialiga differentsial baho beruvchi bioximik testlar. Zamonaviy instrumental tekshirish usullari. Punktсион biopsiya haqida tushuncha.

Qonning bioximik analizi.

Jigar va o't yo'llari kasalliklari diagnostikasida bioximik ko'rsatkichlarni tekshirish muhim ahamiyatga ega. Birinchi navbatda jigarining asosiy ko'rsatkichi bo'lgan bilirubinni aniqlash muhim.

Jigarining shikastlanishida namoyon bo'ladigan asosiy bioximik ko'rsatkichlardan biri bu jigar to'qimasi tomonidan ishlab chiqariladigan fermentlar aktivligining o'zgarishidir.

Ushbu analiz jigar funksiyalariga baho berish va jigar kasalliklarini differentsial diagnostikasi uchun qo'llaniladi (yallig'lanish, infiltrativ, almashinuv, yurak qon tomir, gepatobiliar kasalliklar.)

Billirubin. Billirubin miqdori jigarining yutish, almashinish va ajratish funktsiyalarini xarakterlovchi ko'rsatkichdir. Bog'langan billirubin, bog'lanmagan billirubin bilan o'tkazilgan sinama ko'rsatkichlariga qarab differentsiyallanadi.

Transaminaza. Glutamat oksaloatsetat transaminaza va alaninaminotransferaza jigar hujayralari holatini ko'rsatuvchi sezgir fermentlardir. Ular miqdorining maksimal oshishi jigardagi nekrotik o'zgarishlarda (virusli gepatit, jigar intoksikatsiyasi o'tkir sirkulyator yetishmovchilik jigar venalari o'tkazuvchanligining buzulishi) va ba'zan o't yo'llarining o'tkazuvchanligi buzilganda kuzatiladi (konkrement). Transaminazaning aktivlik ko'rsatkichlari kasallikning qay darajada og'ir ekanligini ko'rsatmaydi.

Kam ma'lum bo'lgan o'zgarishlar xoleostaz va infiltratsiyada kuzatiladi. Alanin aminotransferaza ko'rsatkichlari jigar shikastlanishining darajasini ko'rsatadi. Bunda aspartataminotransferaza ko'ndalang targ'il mushaklarda topiladi. Alkogolli gepatit aspartataminotransferazaning ko'rsatkichlarini alaninaminotransferazaga nisbatan ko'p miqdorda o'sishini keltirib chiqaradi.

Laktat dehidrogenaza- quyidagi fermentni tekshirish jigar kasalliklari diagnostikasida katta ahamiyatga ega emas.

Ishqoriy fosfataza – bu xoleostatik sindrom o't yo'llari o'tkazuvchanligi buzilishi (tez o'sadi qondagi billirubinga nisbatan) jigarining infiltrativ kasalliklarida sezgir ko'rsatkich hisoblanadi. Spetsifikligi past, chunki bu ferment boshqa to'qimalarda ham uchraydi. Ishqoriy fosfataza aktivligi bolalarda, homiladorlarda va suyak kasalliklarida yuqori, spetsifik to'qima izoenzimlarini termostabilligi bilan farqlab bo'ladi (jigar enzimlari suyak enzimlari aktivligi pastligida termostabil hisoblanadi).

5-nukleotidaza – gepatobiliar sistema kasalliklarida enzim aktivligi o'sishi ishqoriy fosfataza o'zgarishlari bilan bir xil ammo u ko'proq jigar hujayralari holatini ko'rsatadi. Buni ishqoriy fosfatazaning jigarga bog'liq o'zgarishlarini farqlash uchun tekshiriladi, ayniqsa bolalik yoshida, homiladorlikda, suyak kasalliklarida.

Gamma-glutamil transferaza – ishqoriy fosfataza miqdori bilan bir xil o'zgarib turadi. Gepatobiliar sistema shikastlanishida uning aktivligi tezda oshadi. Shuningdek oshqozon osti bezi, buyrak, yurak, o'pka kasalliklarida sezgir.

Protombinli vaqt – gemokoagulyatsiya faktorlari aktivligining indikator bo'lib xizmat qiladi. Uning ko'payishi ushbu factor aktivligining yetishmovchiligini ko'rsatadi. Gemokoagulyatsiyaning barcha faktorlari 8-chi faktordan tashqari jigarda ishlab chiqariladi. Jigar to'qimasining keng o'choqli shikastlanishi natijasida

uning yetishmovchiligi kelib chiqadi (gepatit, intoksikatsiya, tsirroz). 2, 7, 9, 10 faktorlar faqat **K** vitamin ishtirokida aktiv bo'ladi.

Albumin – qonda albumin konsentratsiyasining kamayishi uning jigarda kam ishlab chiqarilishini (surunkali jigar patologiyasi yoki uzoq davom etuvchi och qolish) yoki siydik yoki axlat bilan intensiv chiqarilishini ko'rsatadi. Jigar disfunktsiyasining unchalik ham sezgir bo'lmagan indikator chunki uning qonda yarim yashash vaqti 15-20 sutkani tashkil etadi. Surunkali jigar patologiyasi bilan kasallangan bemorlarda albumin yetishmovchili disfunktsiya namoyon bo'lishi bilan xarakterlanadi. Globulin kamayishi asosan surunkali jigar kasalliklarida kuzatiladi. Globulin kamayishi surunkali gepatitning autoimmun formasida kuzatiladi.

Ammiak qon zardobida ko'payishi jigarning detoksikatsiya funksiyasining buzilganligidan dalolat beradi. Bu fulminant gepatit jigar tsirrozida gepatotoksik agentlar ta'sir etganda va jigar tsirrozida kuzatildi. Ko'plab bemorlarda qon zardobida ammiakning bo'lishi jigar ensefalopatiyasidan dalolat beradi. Ensefalopatiyada ko'proq namoyon bo'ladi, ammo almashinuv jarayonlarining buzilishini aniqlashga imkon bermaydi (jigar shikastlanishi uremiya yoki organizmda karbonat angidridning ko'payishi).

Instrumental tekshirish usullari.

Jigar va o't yo'llari kasalliklarini aniqlash uchun rentgenologik, (kontrastli, KT) UTT (UZI) endoskopiya, duodenal zondlash, laparoskopiya, biopsiya, radionukleid tekshirish usullaridan foydalaniladi.

Rentgenologik, radionukleoid, ultratovushli tekshirish usullari.

Kontrast modda yordamida rentgenologik tekshirish portal vena tizimida bosimning oshishi-qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishini aniqlashda eng qulay metoddir. Bundan tashqari bu metoddan o't yo'llarini tekshirishda ham foydalaniladi-xolegrafiya. Bunda kontrast modda parenteral yo'l orqali yuboriladi. Shuningdek o't yollarini rentgenologik tekshirish- transjigar (transpechyonochnuyu) teri orqali xolangiografiya o'tkaziladi. Bunda umumiy o't yo'lga yoki o't pufagiga qorin devori yoki jigar to'qimasiga kontrast modda punktsion yo'l orqali yuboriladi. Rentgenokontrast xolegrafiya qo'shimcha ravishda umumiy o't yo'lga endoskopiya orqali kontrast modda umumiy o't yo'lga retrograd yuboriladi (ERXPG). Bu metod o't yo'lining torayishi natijasida kelib chiquvchi o't yo'li gipertenziyasini aniqlashga yordam beradi. Bu birlamchi sklerotik xolangitni aniqlashda oltin standart hisoblanadi. Jigar parenximasida o'choqli va diffuz o'zgarishlarni aniqlashda UTT (UZI), KT, radionukleoidli tekshirish qo'llaniladi. Zarur hollarda angiografiya o'tkaziladi.

Bu metodlar ichida FEGDS muhim hisoblanadi. Bu metod yordamida qizilo'ngach venalaridagi, oshqozon shilliq qavatidagi o'zgarishlar (portal gipertenziya sindromi uchun xarakterli), shuningdek erroziv ezofagit (ko'pincha jigarning alkogol ta'sirida shikastlanishida kuzatiladi) va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklarini aniqlaniladi.

Laparoskopiya va biopsiya.

Jigar va o't yo'llari kasalliklari diagnostikasi uchun laparoskopiya va biopsiya metodlari muhim ahamiyatga ega.

Biopsiya qilish uchun ko'rsatmalar.

Aniq bo'lmagan etiologiyali hepatomegaliya.

ALT, AST, γ -GTP aktivligining turg'un ko'tarilishi. Jigar to'qimasida B, C, D virusli gepatitning aniqlanishi. Dori vositalari ta'sirida jigarning shikastlanishi. Alkogol ta'sirida

jigarning shikastlanishi.

Infeksion va sistemali kasalliklar.

Jigarning irsiy kasalliklarini aniqlash uchun bemorning qarindoshlarini tekshirish.

O'choqli o'zgarishlar.

Laparoskopiya jigar surunkali kasalliklarini (gepatit, tsirroz, kichik, katta tugunchali, aralash) portal gipertenziya sabablarini, jigarning o'choqli shikastlanishini aniqlashda qo'llaniladi.

Surunkali (toshsiz va kalkulyoz) xoletsistitlar, gepatitlar, tsirroz simptomatologiyasi.

O't yo'llari diskineziyasi

O't qopini motorikasini va tonusini funktsional buzilishi bu o't yo'llari diskineziyasidir. 70 % o't qopi va yo'llari kasalliklari o't yo'llari diskineziyasiga to'g'ri keladi. O't yo'llari diskineziyasining 2 xil shakli mavjud; 1. Gipertonik - giperkinetik turi- o't qopiniyani gipertonik holati, Oddi va Lyutkens sfinkterining gipertonusi bilan xarakterlanadi va ko'proq yoshlarda uchraydi. 2. gipotonik-gipokinetik turi-o't qopini va Oddi sfinkterini gipotonusi bilan xarakterlanadi-asteniklarda, katta yoshdagilarda ko'proq uchraydi.

Etiologiyasi-o't qopini neyrohumoral boshqarilishi buzilishi olib keladi. Nevrozdan keyin, diensefal sindrom, solyarit, endokrin-gumoral buzilishlar (gipotireoz, gipertireoz, klimaks, moyaklar, tuxumdonlar, buyrak

usti bezi va boshqa endokrin bezlar funksiyasi etishmovchiligi) ham kasallik kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin. Gipertonik-giperkinetik turi reflektor tasirotlar natijasida (yara kasalligi, kolit, enterit, appenditsit, adneksit) yuzaga keladi. Astenik holat, og'ir yuqumli kasalliklar, virusli gepatit, avitaminozlar, organizm konstitutsiyasini, otkir, achchiq meda ichak traktini qitqlovch maxsulotlarni ham kasallik kelib chiqishiga ahamiyati katta. Ovqatlanish rejimi orasi katta bo'lganda gipotonik-gipokinetik turi rivojlanishiga olib keladi.

Kasallik klinikasi. Gipertonik-giperkinetik tipida o't (jigarli) kolikasida o't pufagi va o't yo'llari silliq muskullarining spastik qisqarishi. Oxirgisi toshning o't yo'llari bo'ylab siljiganda yuz beradi. Bu og'riqlar kutilmaganda yuzaga kelib, chidab bo'lmaydigan darajada bo'ladi, ko'pincha yuqoriga o'ng kurak sohasiga, o'ng elkaga, ba'zan yurak sohasiga ham irradiatsiyalanadi. Bemorga yengillik bermaydigan ko'ngil aynishi va qusish bilan kuzatiladi. O't qopi sohasi paypaslanganda og'riq sezilishi mumkin. Diskineziyaning gipotonik-gipokinetik turida og'riqlar biroz sekinroqdir va kam simptomlidir. Palpator o'zgarishlar unchalik xarakterli emas.

Diagnoz; diagnostika laborator va instrumental tekshiruvlar tasdiqlaydi. stimulyator yuborgandan keyin rentgenografiya qilinganda, peroral xolestsistografiya va vena ichi xolegrafiya (xolestsistokinin, pankreozimin) gipertonik-giperkinetik tipida o't qopini tez va kuchli qisqarishini va aksincha gipotonik-gipokinetik tipida sekin qisqarishi, kattalashganligi hamda osilib pastga tushganligini ko'rish mumkin.

Bo'yoqlar (rang) yuborib ko'p momentli duodenal zondlashda diskineziyaning gipertonik-giperkinetik tipida II fazasi (Oddi sfinteri yopiqqligida) uzaygan yoki meyorda bo'ladi, IV faza (o't qopini qisqarishi) qisqargan, kechikadi.

Gipotonik-gipokinetik tipida esa II faza bo'lmasligi ham mumkin (Oddi sfinkteri doimo bo'sh turadi), IV faza uzaygan va kechikadi.

Davolash; ish va parhez rejimiga rioya qilish, markaziy nerv tizimi faoliyatini yaxshilash (trankvilizatorlar va uyqu keltiruvchi dorilar bilan).

Gipertonik-giperkinetik ntipi xurujida parhez 4,5a va 2 magniyli. No-spa, papaverin, xolinolitik preparatlardan atropin sulfat berish maqsadga muvofiqdir.

Gipotonik-gipokinetik tipida parhez 5 va 15 (Pevzner) bo'yicha tavsiya qilinadi. O't qopini qisqarish faoliyatini yaxshilovchi preparatlar-Strixnin nitrat, kofein, fenamin kabi preparatlar beriladi. Ikala holatda ham sanatoriyalarda va kurortlarda davolash samarali.

Xolestsistit

Xolestsistit – o't pufagining yallig'lanishi hisoblanadi. O't-tosh kasalligi fonida rivojlanadigan o'tkir va surunkali xolestsistit farqlanadi. Surunkali xolestsistit o'tkir xolestsistitdan keyin paydo bo'lishi mumkin, lekin ko'pincha mustaqil ravishda asta-sekin rivojlanadi.

Keltirib chiqaradigan omillari; Xolestsistit paydo bo'lishida o't yo'llaridagi diskineziya, o't toshlari (turli psixosotsional holatlar ta'sirida, endokrin va vegetativ nerv sistemasi funksiyasining buzilishlari, oshqozon-ichak traktining patologik o'zgargan organi tomonidan yuborilgan qator nerv reflekslari) tufayli o't pufagida o'tning dimlanishi moyillik chaqiradi. O't pufagi va o't yo'llarining anatomic tuzilishining o'ziga xosligi, ichki organlarning pastga tushishi, homiladorlik, kamharakat hayot shakli, ba'zi bir ovqat mahsulotlari ham xolestsistitni chaqirishi mumkin.

Xolestsistit keltirib chiqaruvchi omillar-infeksiya, viruslar, gijjalar (askoridalar, liyambliar), o't qopi shilliq qavatini meda osti bezi shirasidan autolitik shikastlanishi ham mumkin. O't qopini toksik moddalar bilan va allergik shikastlanishi ham mumkin.

O't qopiga infeksiya asosan enterogen (ichakdan), gematogen hamda limfogen yo'llar orqali tushadi.

O'tkir xolestsistit

O'tkir xolestsistit kelib chiqishida turli infeksiya, o't pufagi shilliq qavatini unga me'da osti bezidan shira otilishi tufayli zararlanishi, gijja invazyasi ayniqsa muhim rol o'ynaydi. Oxirgi vaqtda xolestsistitning virusli etiologiyasi isbotlangan. Bundan tashqari toksik va allergik tabiatli xolestsistit kuzatiladi.

Klinikasi; o'ng qovurg'a yoyi ostida kuchli, doimiy xarakterdagi og'riq to'satdan, ko'pincha unga ta'sir qiluvchi omillardan keyin (asosan yog'li, achchiq, o'tkir ta'mli ovqatdan, alkogoldan, emotsional qayg'urishdan) paydo bo'lib, yengillik bermaydigan ko'ngil aynish va qusish bilan kechadi.

O't pufagining o'tkir va surunkali yallig'lanishida bemorlar o't pufagi nuqtasi va bo'yin sohasini to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon muskul oyoqchalari orasi-diafragmal nerv deb ataluvchi nuqtadan o'ngda palpatsiya qilinganda kuchayadigan o'ng qovurg'a yoyi ostida noluvchi va bo'g'iq og'riqdan shikoyat qiladilar (Frenikus simptomi).

Isitma paydo bo'ladi, ba'zan kam miqdordagi sariqlik ham. Qorin palpatsiyasi og'riqli, asosan o'ng qovurg'a yoyi ostida muskullar tarangligi va o't pufagi yallig'lanishiga xos spetsifik simptomlar aniqlanadi.

Davo choralari qo'llanishiga qaramay rivojlanib boruvchi isitma, og'riq, intoksikatsiya simptomlari xolangit, o't pufagi empiyasi, uning perforatsiyasi, peritonitdan darak beradi.

Laborator tekshiruvlar xarakterli o'zgarishlarni aniqlash imkonini beradi.

Qon analizi – leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi

Qonning bioximik tahlili: zardobda ishqoriy fozfataza, billirubin, ACT, amilaza miqdori oshishi mumkin,

Rentgenografiya kam ma'lumot beradi. Ko'pgina o't toshlari xolesterindan tashkil topgan bo'lib, ular rentgenonegativ, 10-15% toshlarga rentgenda ko'rinadigan darajada o'zida kaltsiy saqlaydi.

O't pufagi UZIsi: toshlar borligini ko'rsatadi, organ o'lchamlari, uning devori qalinligini, o't pufagi oldi infiltratsiyasini, o't pufagi tarkibini konsentratsiyasini ko'rsatishi mumkin.

O'tkir xoletsisititda albatta gospitalizatsiya qilinishi kerak. Yiringli va gangrenoz o'tkir xoletsisititda o't pufagi olib tashlanadi. Kataral xoletsisititli bemorlarga qat'iy yotoq rejimi, dastlabki xurujdan keyin 2 kun ovqatlanishdan saqlanish, keyinchalik kuniga 5-6 mahal kichik portsiyalı diyetani tashkillashtirish, keng ta'sir doiradagi antibiotiklar va spazmolitik vositalar buyuriladi.

Surunkali xoletsisitit

Surunkali ko'pchilik holatlarda o'tkir xoletsisititdan so'ng va mustaqil ham rivojlanishi mumkin. Surunkali xoletsisititda 90-95% hollarda o't toshlari aniqlanadi. Toshsiz surunkali xoletsisitit 5% hollardagina uchraydi, u o'g'ir stress holatlarida, jiddiy travmalarda ham uchraydi.

Surunkali xoletsisitit klinikasi ko'zga tashlanmaydi, ba'zan faqat dispeptik sindrom va o'ng qovurg'a yoyi ostidagi og'riq bilangina namoyon bo'lishi mumkin. Yallig'lanish jarayoninig qayta o'tkirlashishi pufak devorini qalinlashishiga, sklerozlanishiga, chandiqlar hosil bo'lishiga, uning shakli o'zgarishiga olib keladi, buni UZI yoki xoletsistografiyada aniqlash mumkin.

Surunkali xoletsisititning o'tkirlashishi xuddi o'tkir xoletsisititday belgilarni ko'rsatadi. Davo metodi kasallikni kechishini o'ziga xosligiga bog'liq bo'lib (retsivlar chastotasi, konservativ terapiyaning effektivligi), bemorning keyingi ahvoli xirurg bilan maslahat qilinadi. Surunkali xoletsisititning o'tkirlashishida davo statsionar sharoitida o'tkazilishi kerak (xuddi o'tkir xoletsisitit kabi). O'tkirlashmagan davrda esa yiliga 1-2 marta retsivlanishga qarshi davo kurslari olib borilishi kerak.

Davriy duodenal zondlash yoki mineral suv bilan "zondsiz zondlash", tyubaj va b.q.

O't haydovchilarni 1 kurs qabul qilish (3-4 hafta)

Oshqozon-ichak profilidagi sanatoriylar va kurortlarda davolash

O't tosh kasalligi

O't-tosh kasalligi o't pufagida (xoletsistolitiaz), umumiy o't yo'lida (xolelitolitiaz) jigar o't yo'lida (jigarichi xolelitolitiaz) ko'pincha xolesterindan iborat toshlar hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Odatda bu kasallik katta yoshlilarda, birinchi navbatda esa yog' almashinuvi buzilgan, ortiqcha tana vaznga ega ayollarda uchraydi.

Etiologiya va patogenezi. O't-tosh kasalligi etiologiyasida 3 guruh omillar muhim rol o'ynaydi.

-- o'tning tarkibini ham sifatii, ham miqdoriy o'zgarishiga, uning kolloid turg'unligini o'zgarishiga, tarkibini cho'kmaga tushishiga olib keladigan moddalar almashinuvining buzilishi

-- o'tning dimlanishi – bu paytda uning tarkibida xolesterin va billirubin miqdori oshadi

--yallig'lanish –eksudat tarkibida ko'p miqdorda oqsil va tuzlarning (shu jumladan Ca ionlari) bo'lishi, bu esa xolesterin va billirubinning cho'kmaga tushishini (tosh hosil bo'lishini) osonlashtiradi.

Klinik kechishi

Kalkulyoz xoletsisititning kechishi toshning qayerda joylashuviga bog'liq: agar tosh pufak bo'yinchasida yoki pufak yo'lida bo'lsa, o't sanchiqlari yuzaga keladi. Uni rivojlanishida o't yo'llari diskineziyasi sabab bo'ladi. Umumiy o't y'oliga tushgan tosh, yo'lning butkul berkilishiga olib kelishi mumkin, bu keyinchalik mexanik sariqlik belgilarini beradi. Jarayonga yallig'lanish ham qo'shilsa surunkali kalkulyoz xoletsisitit rivojlanadi.

O't sanchig'iga xos belgilar – o'ng qovurg'a yoyi ostida kuchli, davomli, yuqoriga irradiatsiya beruvchi og'riq, bu esa ko'ngil aynish va qusish bilan birga kechadi, yog'li va achchiq taomlar iste'mol qilganda kuchayadi. O't sanchig'i odatda yuqori harorat va leykotsitoz bilan kechmaydi.

O't-tosh kasalligining namoyon bo'lishi uning klinik belgilariga asoslanadi (moddalar almashinuvi buzilishiga moyilligi bor odamlarda o't sanchiqlarining retsivlanishi). Qo'shimcha tekshirish usullari, ayniqsa UZI va rentgenologiya (retrograde xalangiografiya, xoletsistografiya) orqali nafaqat toshlarni, balki o't yo'lining bekilish darajasini aniqlash mumkin.

Davolash. Konservativ va xirurgik davo usullari qo'llanadi. Xoletsistoektomiya ayniqsa effektiv davo usuli sanaladi. Uzoq muddatli xolelitik moddalar orqali toshlarni eritish ham o'rganilishni talab qiladi.

Surunkali virusli gepatit

Surunkali virusli gepatit – jigarini virus etiologiyali surunkali diffuz yallig'lanishidir.

Etiologiyasi. Oxirgi yillarda virusli etiologiya asosiy e'tiborni jalb etmoqda. Asosan gepatit B va gepatit C viruslari qon quyish, zararlangan xirurgik asboblar, ignalarni ishlatish orqali, bemorlarnu tish yuvish vositalarini ishlatishda, sartaroshlarning asbob uskunalaridan va b.q. lardan yuqish xavfi yuqori bo'lib, uning simptomsiz uzoq yillar tashilishi keng tarqalgan. Ayniqsa 3 turdagi viruslar ko'p tarqalgan – B,C va D. **Virusli gepatit B va S ning yuqtirish yo'llari risk omillari.**

1. Anamnezida qon quyilganligi (asosan 1991yilgacha).
2. Vena ichiga dori darmonlar yuborilganligi tarixi.
3. Jinsiy aloqalar; (anal jinsiy aloqa, jinsiy yo'l bilan beriladigan kasalliklar anamnezi, besh va undan ko'p jinsiy sheriklar, Virusli gepatit B va C tashuvchilar bilan jinsiy aloqa).
4. Sariqlik o'tkazgan shaxslar bilan muloqot.
5. Tamni va hidni qabul qilishni o'zgarishi.
6. Igna bilan davolanganligi.
7. Gемodializ bo'limida ishlash.
8. Jarraohlik bo'limlarida ishlash, vena ichiga in'ektsiya qiluvchilar, huqna o'tkazuvchilar, endoskopik tekshiruv o'tkazuvchilar, laborantlar va b.q.lar.
9. Umumiy gigiena anjomlarini birgalikda ishlatish xususan bemorlarnikini (britva, tish cho'tkasi, massajyor, dush va hammom anjomlari va b.q.lar).
10. Terini teshish (zirrak o'tkazish maqsadida quloqni va burunni teshish).
11. Tatuировka.
12. Narkotik moddalarni qabul qilish.

Klinik kechishi

Virusli infektsiyaning o'tkir davri bilinmay o'tishi mumkin, zararlanish kech, surunkali turga o'tgandan keyin namoyon bo'lishi mumkin. Gepatit B va C ni chuqur so'rab-surishtirishdan keyingina aniqlash mumkin. Quyidagi belgilarni ilgari kuzatilgani ahamiyat kasb etadi.

Charchash, ko'ngil aynish, epigastral sohada og'riq, diareya, teri toshmasi
muskul va bo'g'imlarda og'riq
sariqlik, axlatning rangsizlanishi, siydik rangining to'qligi

Surunkali gepatit C ga latent kechish xos bo'lib, u bir necha yillardan keyin namoyon bo'lib, jigar tsirroziga va jigar-hujayra karsinomasiga olib kelishi mumkin. Gepatit B bilan zararlangan organizmni gepatit D bilan ham zararlanishi bemorni ahvolini birmuncha og'irlashtiradi.

Jigar tsirrozi rivojlanganda unga qo'shimcha ravishda jigar yetishmovchiligi sindromi – qon ketishlar, sariqlik, astsit, entsefalopatiya ham yuzaga keladi. Bu sindrom tsirrozning dekompensatsiya davrida yoki o'tkir gepatitning og'ir kechishida kuzatiladi.

Laborator diagnostika

Surunkali virusli gepatit B

HB_sAg – virusli gepatit B ning yuza antigeni. Uning qonda topilishi virus tashuvchilarga va surunkali gepatit bilan kasallanganlarga xos.

HB_eAg – virusli gepatit B ning o'zak antigeni: uni jigar hujayralari namoyon qiladi. Qonda faqatgina virus qismlari buzilgan paytda topiladi.

HB_eAg – Ag e: uni qonda topilishi virusning aktiv replikatsiyasidan va qonni maksimal zararlay olish qobiliyatidan darak beradi.

HBV DNK – virusli gepatitning genetic materiali.

Qonda antigenlar topilishidan tashqari ko'rsatilgan 3 ta antigenga nisbatan antitelolar topilishi ham katta ahamiyatga ega.

Surunkali virusli gepatit dunyo miqiyosida muammo bo'lib kelmoqda. Ushbu kasallikni parenteral yol orqali yuqadagan B, S, D viruslaridir. Gepatitni har qaysi turini klinik kechishi, epidemiologiyasi, davolash taktikasi alohida. Kasallikni surunkali deb aytilishiga sabab, birinchi marta topilgandan yoki kasallik topilgandan so'ng infektsiya davolashdan keyin 6 oy ichida tuzalmasa surunkali hisoblanadi.

Epidemiologiyasi; dunyo aholisini 1/3 qismi, yani 2 mlrd aholida HBV infektsiyani serologic markerlari musbatdir (kasallik o'tkazganlar ham shular ichida). Bu ulushda surunkali virusli infektsiyani ulushi 350 mlndir. 8 % aholi qonida HBsAg topilsa, bu o'choq endemic o'choq hisoblanadi. Bu infektsiya dunyoning har qaysi davlatida har xil tarqalgan. Kam tarqalgan mamlakatlar-1%dan kam shimoliy Amerika, g'arbiy Yevropa, Avstraliya, yangi Zelandiyadir. Yaponiyada-2,4 %, Xitoy -5-18 % tarqalgan bu o'rtacha hisoblanadi. Yuqori tarqalgan zonalar bu-Tayvan va osiyo ning janubiy sharqida 15-20 % (2000 yillar malumoti).

Har qaysi regionda yuqish yo'li har xil. Yuqori endemic zonada perinatal yo'l M.A. Kane bo'yicha 70 % gacha, past endemic zona-parenteral, kattalar orasida jinsiy yo'l (xavfli guruh-narkomanlar, gomoseksualistlar, palapartish jinsiy aloqa qiluvchilar) orqali yuqadi. Qon transfuziyasi, operativ muolajalar, stomatologik muolajalar, birgalikda ishlatiladigan shaxsiy gigiyena vositalari (tish yuvish cho'tkasi), sartaroshlarning instrumentlaridan, inektsiya vositalari (shpritslar ko'p marta ishlatilsa), ona qornida va tug'ruqda travma bo'lsa ham viruslar yuqadi. Tibbiy xodimlarda qon bilan ishlovchilarda yuqish xavfi yuqori, garchi himoya vasitalaridan foydalanmasa. Taxminan 1/3-1/4 surunkali HBV infektsiya tashuvchi bemorlarda jigar tsirrozi, gepatotsellyular kartsinoma rivojlanadi (HBVni kontserogenlik xususiyati bor). Kasallikni surunkali shakliga o'tishi yosh bilan bog'liq, immune tizimi yaxshi bo'lgan katta kishilarda 5 %, bolalarda bu ko'rsatkich 1-5 yoshlarda 30 %ni tashkil qiladi. O'lim 80 % gacha qayd qilinadi, garchi jigar transplantatsiyasi qilinmasa (kasallik va asorotlaridan). Kasallikni kechishi virus turidan, organizmning immune sistemasidan va bemorlar yoshiga bog'liqdir. Zararli omillar (alkagol, toksik moddalar) kasallikni kuchayishiga olib keladi ayniqsa erkaklarda.

Surunkali B gepatitini morfologik belgilari

- Gepatotsitlarni gidropik distrofiyasi;
- Atsidofil tana topilishi (Kaunsilmen tanachasi);
- Hekroz o'choqlari hepatotsitlarda (nekroz apoptoz bilan almashinadi);
- Limfogistiotsitar infiltratsiya;
- Portal trakt fibrozi;
- Matovovshishasimon hepatotsitlar-HBsAg markeri;
- Qumli yadrolar HbcoreAg markeri

Davolashdan asosiy maqsad- HBV virusi replikatsiyasini to'xtatish va kasallikni remissiyaga o'tkazish uchun viruslarga qarshi dorilarni qo'llashdir. Buning uchun davolash samaradorligini quyidagilardan bilish mumkin;

AlAT miqdorini me yorga kelishi;

HBV DNA va HBe Ag yo'qolishi (anti HBe hosil bo'lishi yoki umuman bo'lmasligi);

Hozirgi vaqtda davolash uchun interferon va lamivudin (zeffiks) ishlatiladi. α -interferon (realderon, roferon-A) ning samaradorligi bu AlAT va HBeAg hamda HBV DNA ning 25-40 % bemorlarda qonlarida me yorda bo'lishi bilan o'lchanadi. Og'ir holatlarda kortikosteroidlar qo'llaniladi.

α -interferon bilan davolashga qarshi ko'rsatma

Absolyut	Nisbiy
Yurakning og'ir kasalliklari Nazorat qilib bo'lmaydigan medikamentoz epilepsiya Neytropeniya (neytrofillar soni $1,5 \times 10^9/l$ kam) Trombotsitopeniya (trombotsitlar soni $90,0 \times 10^9/l$ kam) Organlar transplantatsiyasi (jigardan tashqari) Dekompensatsiyalangan jigar sirrozi	Nazorat qilib bo'lmaydigan medikamentoz qandli diabet autoimmun kasalliklar

Adefovir dipivoksil (10-30 mg/sut)-adenozin monofosfat analogi hisoblanadi, ichga qabul qilinadi, va lamivudin (100-150 mg 12 oy ichga qabul qilinadi) bilan davolash samarasiz bo'lganda qo'llaniladi. Viruslarga qarshi, jigar transplantatsiyasidan keyin, jigarda dekom pensatsiya jarayoni nbo'lsa va OIV koinfektsiyasiga qarshi qo'llaniladi. Nojo'ya tasiri- nefrotoksik tasir ko'rsatadi.

Entekavir (1 mg/sut)-guanozin analogidir. HBV polimeraza funktsiyasini bo'g'adi, DNK zanjirini hosil bo'lishiga to'sqinlik qiladi. Timozin α_1 -bu atsetilirlangan polipeptid 28 aminokislotalardan tashkil topgan, zadaksinTM (1,6 mg/sut. t/o 2 mahal 6 oy) dori preparatidir. T-limfotsitlarni rivojlanishiga va differentsiatsiyasiga ishtirok etib organizmni himoyalaydi. Garchi patsiyentlar α -interferonga rezistent bo'lsa quyidagi sxema ishlatiladi. Timozin α_1 + α -interferon; Timozin α_1 + lamivudin + α -interferon; Timozin α_1 + adefovir + α -interferon; α -interferonga qarshi ko'rsatma bo'lsa Timozin α_1 + lamivudin; Timozin α_1 + adefovir qo'llash maqsadga muvofiqdir. Profilaktikasi virusga qarshi vaksinatsiya va yuqish yo'llari oldini olishdan iborat.

Virusli gepatit S

Virus markeri sifatida uning o'zak antigeni va RNKsidan foydalaniladi. Virusli gepatit C ga qarshi antitelo topilishi to'liq ma'lumot bera olmaydi, chunki ba'zan u topilmaganda ham organizmda bu virus bo'lishi mumkin.

Jigar yallig'lanishining bioximik belgilari

Virus markerlarini aniqlash bilan birga birinchi navbatda ALT va AST miqdorining oshishini ham aniqlash katta ahamiyatga ega. Jigar to'qimasini gistologik tekshirganda jigarni zararlanish darajasini aniqlash mumkin.

Epidemiologiyasi. Yer yuzida surunkali HCV infektsiyasini tarqalishi 0,5-2 %gacha. Bazi bir zonalarda Zoida, bazi biq arablar dalatida 6 %, Yaponiyaning bazi joylarida 16% gacha tarqalgan. Hozirgi kunlarda yuqish ko'proq yoshlar orasida bo'lib asosan erkaklarda 20 yoshlarga to'g'ri keladi. Yuqish yo'li vena ichiga narkotiklar yuborilishi, bemorlarning qolgan yarmisida boshqa yo'llar orqali yuqadi, parenteral, organlar transplantatsiyasi agar ular virus bilan zararlangan bo'lsa, jinsiy yo'l (foxishalar, gomoseksualistlar) , onadan bolaga yuqish usuli, operativ muolajalar, stomatologik muolajalar, birgalikda ishlatiladigan shaxsiy gigiyena vositalari (tish yuvish cho'tkasi), sartaroshlarning instrumentlaridan yuqish yo'llaridir. HCV infektsiyasi yuqish xavfi tatuirovka, pirsing, manikyur kabi muolajalardan so'ng ham yuqoridir. Tibbiy xodimlarda qon bilan ishlovchilarda yuqish xavfi yuqori, garchi himoya vasitalaridan foydalanmasa.

Kechishi. Izlanishlarda ko'rsatilishicha 60-70 % holatlarda kasallik surunkali kechib, qon zardobida transaminaalar miqdori oshadi va viremiya kuzatiladi.

G.J. Dore va hammualiflarning 2001 yilgi malumotlariga yozilishicha 7 % bemorlarda 20 yil va 20 % da esa 40 yil ichida jigar tsirrozi rivojlanadi.

Surunkali gepatit S ning morfologik belgilari. Gepatitning bu shakli uchun katta tomchili yog'li distrofiya, tiqis joylashish, portal yo'llarda limfoid agregatsiya bo'lishi natijasida limfoid tugunchalar hosil bo'lishi, o't yollarida yiringsiz xolangit limfoid va plazmahujayrali infiltratsiya bilan kuzatiladi. Periportal zonalarda hujayrali infiltratsiya ham tez-tez uchrab turadi. Fibroz to'qima hosil bo'lishi munosabati bilan jigar tsirrozi rivojlanishiga imkon tug'iladi.

Davolashdan asosiy maqsad- HBV-DNK, HCV-RNK, HDV-RNK ni o'rganib, gepatit B, C, D replikatsiyasi aniqlangach, surunkali gepatitning laborator va morfologik belgilari topilgach A-interferon bilan virusga qarshi terapiya boshlanadi.

HCV virusi replikatsiyasini to'xtatish va kasallikni remissiyaga o'tkazish uchun viruslarga qarshi dorilarni qo'llashdir. Viruslarga qarshi dori vositalarini qo'llash bilan birga ribavirin 1000-1200 mg dan buyuriladi. Nojo'ya tasiri gemolitik anemiya chaqirishi mumkin. Pegilirlangan interferon gepatit S ni davolashda ko'proq samara beradi. 180 mkg dan Peg interferon α_{2a} (Peg-IFN α_{2a} , Peg-IFN α_{2b} -1,5 mg dan haftaga 1 marta har kg tana vazniga) teri ostiga haftaga bir marta qo'llaniladi. Peg-IFN α_{2a} /ribavirin (pegasis/ribavirin) kombinatsiyada berish mumkin.

Jigar tsirrozi.

Jigar tsirrozi- bu jigarning surunkali, kuchayib boruvchi va jigar parinximasida distrofik va nekrotik o'zgarishi, tugunchali regeneratsiyasi tufayli unda biriktiruvchi to'qimaning diffuz tarqalishi va organ arxitektonikasining chuqur qayta qurilishi bilan xarakterlanadi.

Tsirrozga uchragan zona hajmiga qarab, uchta morfologik tipga ajratiladi:

Mikronodulyar (kichik tugunchali), bunda tsirrozga uchragan tugunchalar hajmi 3 mmdan kichik bo'ladi. Makronodulyar (katta tugunchali), bunda tsirrozga uchragan tugunchalar hajmi 3 mmdan katta bo'ladi va bunda tugunchalar 2-3 smga etadi;

Aralash bunda tsirrozga uchragan tugunchalar hajmi kichik va katta bo'ladi.

Tsirrozning etiologik turlariga qarab (biliar tsirroz, gemoxromatoz) da tugunchalar hosil bo'lishi sekin bo'ladi, bu gepatotsitlarda regeneratsiya jarayonlarini sekinlashuvi bilan bog'liq.

Mikronodulyar tsirroznining punktsion biopsiya usulida diagnostikalash osonroq, chunki punktsion ignaning diametri tsirrozga uchragan tugundan katta. Ko'pchilik tekshiriluvchilarda jigar kasalliklarida va tsirroz bo'lmaganda fibroz to'qima hajmi kattalashuvi tufayli jigar kapsulasi qalinlashgan bo'ladi. Teri orqali punktsion biopsiya makronodulyar tsirroznining morfologik diagnostikasi uchun qiyinchilik tug'diradi, chunki regenerat tuguncha to'liq punktsion ignaga tushmasligi mumkin va boshqa sabablar tufayli.

Tsirrozda morfologik tekshirish quyidagi savollarga javob beradi; tsirroz to'liq rivojlangan yoki yo'q, butsirozning qanday morfologik turi (kichik, katta, aralash tugunchali), uning faollik darajasini va imkonini boricha uning etiologik omillarini aniqlashga imkon beradi. Bitta yarimta regenerat tugun topilsa tsirroz rivojlanayotganidan dalolat beradi, rivojlangan tsirrozda esa jigar bolaklari tuzilishi gistoarxitektonikasi to'liq yo'qolgan bo'ladi. Kasallik faolligini bilish uchun gepatotsitlarda balonli va gidropik distrofiya va nekroz jarayonini rivojlanganligiga qarab hamda yallig'lanishli infiltratlar holatiga qarab aniqlash mumkin. Bazanda morfologik tekshiruvlar hatijasida tsirroznining etiologiyasini aniqlash ham mumkin. Tsirroz rivojlanishiga olib keluvchi omillar har xil va ko'p, ularni aniqlash uchun ularni gistologik holatini bilish muhimdir. "Matoli-shishasimon" gepatotsitlar va "qumsimon yadrolar tsirrozni virusli, yog'li distrofiya neyetrofillar infiltratsiyasi bilan namoyon bo'lsa va Mellorining gialinli tanachalari bo'lsa bu tsirroznining alkogolli etiologiyasidan dalolat beradi. O't protoklarining (yo'llari) miqdorining kamayishi va surunkali xolestaz birlamchi biliar tsirrozdan dalolat beradi. Garchi qo'shimcha malumot kerak bo'lsa maxsus bo'yash usullaridan foydalaniladi.

Jigar tsirrozida o'sma oldi o'zgarishlarini aniqlash mumkin. Adenomatoz giperplaziya-tugunchali hosila tsirrozda uchraydi va adenomatoz giperplaziya yoki displastik tuguncha deb ataluvchi oraliq shikastlanish hisobiga gepatotsellyulyar kartsinoma hosil bo'lishi kuchayadi. atipik adenomatoz giperplaziya tsirroz tugunchalarida uchraydi.

Etiologiyasi va patogenizi. Etiologic omillarni ekzo va endogen sabablarga bo'lish mumkin. Ekzogen sabablar birinchi o'rinda jigar tsirrozi rivojlanishida viruslar (gepatit B va C viruslari), alkogolli ichimliklar, gepatotrop ta'sir etuvchi dori vositalari, oziq-ovqatlar tarkibida oqsil va vitaminlar etishmovchiligi yoki ularni ichak kasalliklari tufayli so'rilishini buzilishi, autoimmun mexanizmlar ahamiyatga ega. Kam hollarda Villson-Kanovalov kasalligi, α -antitripsin yetishmovchiligi, birlamchi sklerozlanuvchi xolangit, Baddi-Kiari sindromi, gemoxromatoz tufayli kelib chiqadi. Birlamchi billiar tsirroz alohida ajratiladi. Sanalgan shikastlovchi faktorlar tsirroz shakllanishini tezlashtiradi. Gepatotsit shikastlanishi tufayli ularda nekroz undan keyin esa jigar to'qimasida biriktiruvchi to'qima va tugunchali-regeneratsiya rivojlanadi. Toksik moddalar to'rtxorli uglerod (CCl₄), geliotrin, tioatsetamid va b. toksik moddalar jigarni toksiko-allergik tsirrozi rivojlanishiga olib keladi.

Jigar tsirrozining endogen sabablariga xoleztazni kiritish mumkin. Jigar ichi va tashqi o't yollari xolestaziga olib keluvchi omillarga, shu yollarda o't toshlarini, parazitlarni tiqilib qolishi yoki bo'lmasa o'sma bilan bosilib qolishi, shu yollarni yallig'lanishini va shu tufayli xoleztaz kelib chiqishini kiritish mumkin. Shular bilan birga igarni qon bilan ta'minlovchi tomirlar trombozi, moddalar almashinuvi va endokrin omillar (tireotoksikoz, qandli diabet va b.q.) ni endogen sabablarga kiritish mumkin. Bular ta'sirida hosil bo'lgan biriktiruvchi to'qimalar va chandiqlar jigar strukturasini o'zgartiradi va qon tomirlarini siqib qo'yadi. Bu o'z navbatida jigarda oziq moddalar va kislorodga bo'lgan ehtiyojni qoniqtirmaydi va bu erda kechadigan oksidlanish-qaytarilish jarayonlar, oqsil hamda fermentlar sintezi funksiyalarni buzilishiga olib keladi. Jigarda distrofik jarayonlar kuchayib, kasallik kechishini og'irlashtiradi va patologik jarayon doirasimon aylanadi.

Tsirroz rivojlanishida tizimli kapilyarlarda morfologik o'zgarishlar sinusoidlarda kuzatiladi; Disse bo'shlig'i kengayadi, ularda kollagen topiladi, moddalarni qalinlashuvi, qattiqlashuvi kuzatiladi va bundan bazal membrana, endoteliy fenestrlari diametri va soni kamayadi, gepatotsitlar mikrovorsinkalari tekislanadi. Tsirroznining patogenezi "sinusoidlarli kapilyarizatsiya" si kabi va boshqa o'zgarishlar, jigar hujayralarini funksiyasini buzilishiga bilan tushuntiriladi.

Klinik simptomlari. Jigar tsirrozining klinik namoyon bo'lishi ko'pchilik bemorlarda uzoq vaqt bo'lmasligi mumkin yoki kam hollarda –dispepsiya, katta bo'lmagan sariqlik, gepatoliyenal sindrom, meteorizm va odatda o'tib ketuvchi astsit bilan namoyon bo'ladi. Astsit shuningdek, splenomegaliya, qizilo'ngach yoki to'g'ri ichak venalarining varikoz kengayishlari portal gipertenziya sindromi uchun tipik hisoblanadi.

Terminal davr jigar tsirrozining qanday shakli bo'lishidan qat'iy nazar me'da ichakdan qon ketish va jigar komasiga olib keluvchi jigar funksional yetishmovchiligining rivojlanib boruvchi belgilari bilan xarakterlanadi. Bular jigar tsirrozi bilan kasallanib o'lganlarning asosiy sababi hisoblanadi. Me'da ichakdan qon ketish qon

tupurish yoki melena ko'rinishida bo'lib, ular ko'pincha qizilo'ngach pastki 1/3 qismidagi yoki kam hollarda me'da varikoz tugunlarining yorilishi natijasida bemorning o'limiga sabab bo'lishi yoki anemiyaga olib kelib jigar hujayralari funktsiyasi yomonlashadi. Bunda rivojlanib boruvchi jigar-hujayra yetishmovchiligi bo'ladi.

Jigar tsirrozing har hil variantlarida garchi jigar kattalashganda Glisson kapsulasi cho'zilsa va nekroz to'qima shu kapsulaga yaqin joylashsa **og'riq sindromi** bezovta qilib, asosan jigar sohasida, ong qovurg'a ostida, epigastrida va butun qorin boyicha paydo bo'ladi. Bu og'riq bo'g'iq (tupoy), ingrovchi (noyushiy) xarakterga ega bo'lib ovqatdan (ko'p va yog'li ovqatdan so'ng), jismoniy zo'riqishdan so'ng kuchayadi. Bazen og'riq o't yo'llarini shikastlanishi bilan bog'liq.

Bemorlarni asosan **dispeptik sindromlar** (ishtahaning pasayishi butunlay bo'g'ilishigacha(anoreksiya) ko'pincha alkagolli tsirozda, ovqatdan so'ng epigastral sohada og'irlik hissi paydo bo'lishi, ko'ngil aynishi, meteorizm, yog'li ovqatdan so'ng najasning suyuq bo'lishi (buzilishi), qusish) kabi simptomlar bezovta qiladi.

Asteno-nevrotik sindromlar (ishlash qobiliyatini pasayishi, holsizlik, tez charchash, uyqusizlik, bosh og'rig'i va b.q.).

Gemorragik sindromlar (milkardan qon ketish, teri osti qon quyilishi, gemorragik ntoshmalar, ichaklardan, burundan, bachadondan va boshqa joylardan qon ketishi kabi belgilar).

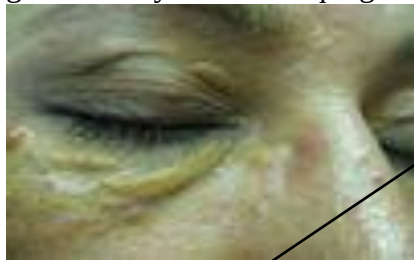
Sariqlik sindromi (terining, skleraning va boshqa shilliq qavatlarning sarg'ayishi).

Isitma (noto'g'ri) postnekrotik ba biliar tsirrozda kuzatiladi. Portal tsirroz bilan kasallangan bemorlarda ko'pincha oruqlash (kaxektsiya) kuzatiladi. Bu hazm traktida hazm, so'rilish jarayonlarini buzilishi va oqsil sintezining buzilishi bilan bog'liq. Biliar tsirrozda ko'pincha terining qichishi kuzatiladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirish. Bemorlar ko'pinch ozg'in bo'ladilar, teri rangi sarg'aygan, lablari va tili to'q qizil (malina) rangda, yonoq sohalari eritemasi(qizarishi), astsit hisobiga qorinni kattalashuvi, ingichka va shishgan oyoqlarni ko'rish mumkin. Sariqlik ko'pincha tili osti, tanglay sihasi, sklerasi va terisida kuzatiladi. Sariqlik axlatni (najasni) rangsizlanishi va teri qichishi bilan kechadi. Bemorlarni ko'zdan kechirganda terisida qichishdan keyingi qashalgan izlarni ko'rishimiz mumkin. Kasallik uzoq cho'zilsa teri ostidagi bilirubin biliverdinga aylanib, teri yashil sariq randa tovlanadi. Biliar tsirrozda melanin to'planishi hisobiga qoramtir (buriy) rang tovlanadi.

Tsirrozning hepatitdan ajratib turuvchi asosiy klinik belgilari kattalashgan va qattiq jigar va taloq, katta jigar belilari hisoblanadi.

Bemorlarda **kichik jigar belgilarini** ko'rishimiz mumkin. Bularga: tomir yulduzchalar (teleangioektaziya), kaftlar eritemasi (jigar kafti), lab, og'iz shilliq qavati va tilning to'q qizil (malina) randa bo'lishi, erkaklarda gnekomastiya va boshqa garmonal buzilishlar esterogenlar parchalanishini buzilishi hisobiga, qovoqlarda



va tananing boshqa sohalarida ksantomatoz blyashkalarni (pilakchalar) paydo bolishi xolesterin almashinuvi buzilishi hisobiga, baraban tayoqchasimon barmoqlarni hosil bo'lishi kiradi. Ko'pchilik holatlarda tsirrozda quloq oldi so'lak bezlarini kattalashuvini va Dyupyutren kontrakturasi hamda periferrik neyropatiyalarni ko'rish mumkin.

Qorin terisi ko'zdan kechirilsa kengaygan venalarni (Caput Medusae) ni, gemorragik toshmalarni, tomir yulduzchalarni, qorin hajmi kattalashganligini va kindikni bo'rtib chiqqanligini ko'rish mumkin.

Palpatsiyada jigarni qattiqlashganligini, yuzasi notekisligi, pastki chetini o'tkirligini aniqlash mumkin.

Perkussiyada jigar hajmini kattalashganligini aniqlaymiz.

Laborator ma'lumotlar. Kompensatsiyalangan tsirroz bo'lgan kasallarda biokimyoviy ko'rsatkichlar o'zgarmagan bo'lishi mumkin. Biroq zardobda transaminaza aktivligi oshishi mumkin. Dekompensirlangan tsirrozni laborator tekshirganda anemiya, leykopeniya, trombositopeniya, bilirubin va gamma- globulin miqdori oshishi, shuningdek, albumin, protrombin, xolesterin miqdorining kamayishi aniqlanadi. Yallig'lanish rivojlangan bo'lsa α_2 globulin, sariqlik sindromida β globulinlar miqdori oshadi. Biliar tsirrozda qonda lipidlar va xolesterin miqdori oshadi. Qon zardobida xolinesteraza faolligi pasayadi. Tsirroz xuruj qilganda transaminazalar ko'payadi va biliar tsirrozda ishqoriy fosfotaza miqdori oshadi. Siydik bilan ko'p miqdorda

urobilin, sariqlik sindromi kuchli rivojlangan bo'lsa bilirubin ham ajraladi. Najas bilan sterkobilin ajralishi kamayadi.

Instrumental tekshirish metodi.

Rentgenologik tekshiruvlar natijasida qizilo'ngach va gemoroidal vanalarni kengayganligini aniqlashimiz mumkin. UTT (jigar va taloq o'lchamlarining o'zgarishi, bir xil bo'lmagan jigar parinximasi hamda portal gipertenziya belgilari), KT (informative metod), shuningdek jigar punktsiyali biopsiyasi (jarayon variant va stadiyalarini aniqlash) qo'llaniladi.

Davolash.

Birinchi navbatda etiologik omilni bartaraf etish, ish rejimini, oqsil va vitaminlarga boy parhez rejimini tashkil qilish. O'tkir, kanservalangan, achchiq, yog'li, yog'da qovurilgan, shokolad maxsulotlari ovqat ratsionidan cheklanadi. Pastki daraja faolligidagi tsirrozni davolashda umumiy tavsiyalariga rioya qilinishi (kasbga aloqador va zararli omillarini inkor qilgan holda, gepatotoksik dori vositalari, alkogolni cheklash kasallik davolashda yordam beradi) zarur. Agar jigar tsirrozi faol davomiylikda ega bo'lsa, bunda davolash etiotrop bo'lishi kerak. Astsit va shish chegaralangan osh tuzi va suyuqlik kechki stadiyalarda siydik haydovchi vositalar, aldosteron antogonisti (spironolakton) va boshqa kaliy saqlovchi diuretiklar (triamterin yoki amilorid) qo'llaniladi. Garchi qizilo'ngachda, gemoroidal venalar kengaygan bo'lsa qon ketishini oldini olish maqsadida sklerozlovchi davo chorasi va β blokatorlar va boshqa davo usullari ko'llaniladi. Biliar tsirroзда qichishni oldini olish uchun ursodezoksixolevoy kislotasi, ursosan kapsulada, legalon (kartsil) 1-2 drajadan 3 mahal, xafitol (tsinariks) per os 2 t x 3 m ovqatgacha, tikveol 1-2 t x 3 m 1-3 oy davomida beriladi. Geptral (L-adenozil-L-metionin) 800 mg og'iz orqali yoki vena ichiga 2-4 hafta, gepamerts (L-arnitin-L-aspartat) 10,0 100,0 glyukozaga vena ichiga, α -lipoevaya kislota mushak orasiga yuboriladi. A interferon 3 mln dan haftaga 3 marta (pegasis 180 mg 1-maftaga), Ribavirin (kapegus), Rabetol 800-1200 mg/sutkaga buyuriladi. Tsirrozning og'ir darajalarida jigar transplantatsiyasi qo'llaniladi. O't yo'llari tosh bilan tiqilgan va osmalar bilan zararlangan bo'lsa operativ davo chorasi samaralidir.

Hazm qilish tizimi testlari

1. Qizilo'ngachdan qusish sababini ko'rsating?1). Qizilo'ngach torayishi 2). Qusuq massa chaynalgan ovatdan tashkil topgan; 3). Ko'ngil aynishi, qizilo'ngach torayishi; 4). og'riq, ko'ngil aynishi, qizilo'ngach torayishi; 5). Qizilo'ngach mushaklarini antiperistaltik qisqarishi

1).-1-4;

2).-1-3;

3).-2-3;

4).-2-4;

2. Qizilo'ngachdan qusgan qusuq massasi?1). chaynalgan ovqat va xlorid kislota bor; 2). hazm bo'lmagan chaynalgan ovqatdan tashkil topgan; 3). ko'ngil aynishsiz keladi va pepsin tarkibida yo'q; 4). hazm bo'lmagan, chaynalgan ovqat va tarkibida pepsin bor; 5). pepsin, xlorid kislota, va hazm bo'lgan ovqatdan tashkil topgan

1).-1-3;

2).-1-2;

3).-2-3;

4).-2-4;

3. Qizilo'ngachdan qon ketish sababini ko'rsating?1). Qizilo'ngach o'smasi va qizilo'ngach kuyishidan; 2). Qizilo'ngach o'smasi parchalangandan keyin; 3). Qizilo'ngach torayishi va qizilo'ngach yarasida; 4). Qizilo'ngach yarasidan qizilo'ngach kengaygan venalarida; 5). Qizilo'ngach venalari kengayishida va qizilo'ngach kuyishidan

1).-1-2;

2).-1-3;

3).-2-3;

4).-2-4;

4. Jig'ildon qaynashi sababini ko'rsating (izjoga)?1). Meda shirasini qizilo'ngach pastki qismiga tashlanishi; 2). Reflyukos ezofagitda; 3). Qusishda, qayd qilishda; 4). Qizilo'ngachdan qon ketganda, reflyukos ezofagitda; 5). Reflyukos ezofagitda, qusishda, qayd qilganda

1).-1-2;

- 2).-1-3;
- 3).-2-3;
- 4).-2-4;

5. Meda qusuq massasi xarakteri (tarkibi)?1). Maydalangan ovqat va pepsin aralash;2). Maydalangan o'zgarmagan ovqat va qon aralash;3). Xlorid kislota va pepsin tarkibida bor;4). Maydalangan o'zgarmagan ovqat;5). Hazm bo'lmagan ovqatdan tashkil topgan

- 1). -1-2;
- 2). -1-3;
- 3).-2-3;
- 4).-2-4;

6. Privratnik stenozi uchun xarakterli qusuq massasi;1). hidlangan qusuq massasi;2). qusuq massasi faqat meda shirasida tashkil topgan;3). hidlangan 10-15 minut ovqatdan keyin qusadi;4). qusuq massasi toza ovqat va tarkibiga pepsin bor;5). qusgandan keyin bemor o'zini yengil sezadi

- 1). -2-3;
- 2).-1-3;
- 3). -1-4;
- 4).-2-4;

7. Kekirish sababini ko'rsating?1). Meda muskullarini qisqarishi;2). havo va ovqat luqmasini og'izga qaytishi;3). og'izga medadan havo kelishi; 4). medadan og'izga ovqat luqmasi kelishi; 5). kardial teshikni ochiq qolishi;

- 1). -2-4;
- 2).-1-3;
- 3).-2-3;
- 4). -1-5;

8. Disfagiya sababini ko'rsating?;1). qizilo'ngachning chapga yoki o'nga siljishi; 2). qizilo'ngachni funksional torayishi;3). qizilo'ngachning kengayishi;4). qizilo'ngachni organik o'zgarishlar tufayli torayishi;5). qizilo'ngachning mushaklari atrofiyasi

- 1).-1-2;
- 2).-1-3;
- 3).-2-3;
- 4).-2-4;

9. Disfagiya bu ...1). meda shirasini og'izga chiqishi;2). qizilo'ngach kuyishidan keyin kelib chiqadi;3). qizilo'ngachdan ovqat o'tishining buzilishi; 4). yegan ovqat mahsulotini qayt qilishi;5). ko'krak sohasida ovqat o'tish paytida og'riq hosil bo'lishi

- 1).-1-2;
- 2).-1-3;
- 3).-2-3;
- 4).-2-4;

10.Og'izdan aynigan– chirigan hid kelishi sababini aniqlang?1). qizilo'ngach raki;2). ko'ks oralig'i o'smalari natijasida ovqat o'tishining qiyinlashishi;3). qizilo'ngach kuyishidan ovqat o'tishining qiyinlashishi;4). kardial Axaliziya'sida ovqat mahsulotlarining to'xtab qolishi;5). qizilo'ngach torayishi natijasida ovqat o'tishining qiyinlashishi

- 1).-1-5;
- 2).-1-3;
- 3).-2-3;
- 4).-2-4;

11.O'tkir gastrit turlarini aniqlang?1). katorial, flegmonoz, oddiy.2). flegmonoz, korroziv, Abdominal.3). flegmonoz oddiy.4). Abdominal, korraziv.5). korroziv, flegmonoz

- 1).-3-5;
- 2).-1-3;
- 3).-2-3;
- 4).-2-4;

12.O'tkir gastrit etiologik omillarini ko'rsating?1). hammasi to'g'ri javob 2). katta dozada va ko'p vaqt ba'zi dorimoddalarni qabul qilish(steroid va nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar).3). kam qon tez-tez ovqatlanish, yaxshi chaynalmagan ovqat mahsulotlari.4). ekologik omillarni ta'sir etishi va noqulay ish sharoiti.5). haddan tashqari sovuq issiq ovqat mahsulotlari, kuchli spirtli ichimliklar.

1).-1-2;

2).-1-3;

3).-2-5;

4).-2-4;

13.Infeksiyali tabiatli o'tkir gastrit sababi?1). zamburug'lar, dizentariya qo'zg'atuvchisi. 2). gelmentozlar, dizentariya, salmonellez.3). Dizentariya, salmonellez, botulism.4). uksus kislota va shigellezlar ta'siri.5).qizamiq, Gripp, skarlatina.

1).3-5;

2).-1-3;

3).-2-3;

4).-2-4;

14.O'tkir gastrit bilan kasallangan bemorlarni asosiy shikoyatlari?1). tez charchash, terlash, epigastral sohada og'riq, ich suyuq ketishi.2). ich suyuq ketishi, ko'ngil aynishi bosh og'rig'i.3). ko'ngil aynishi, qusish.4). ishtaha yo'qolishi, og'izda tam buzilishi.5). qorinning pastki qismida og'riq, ko'ngil aynishi

1). 1-3;

2).- 3-4;

3).-2-3;

4).-2-4;

15.O'tkir gastritda FGDS da o'zgarishlar?1). eroziyalar, qon quyilishlari.2). shilliq qavatning giperemiyasi.3). oshqozon burmachalari atrofiyasi.4). oshqozon yarasi va qon ketishi.5). meda shilliq qavati gipertrofiyasi.

1).-1-2;

2).-1-3;

3).-2-3;

4).-2-4;

16.O'tkir gastritda ... meda funktsiyasi.1). motor, evakuator funktsiyasi pasayadi.2). kasallik boshlanishida sekretor funktsiyasi oshadi.3). motor-evakuator funktsiya oshadi.4). sekretor funktsiya pasayadi.5). medada so'rilish xususiyati oshadi.6) meda shilliq qavatida so'rilish xususiyati pasayadi

1).-1-4-6;

2).-1-3-5;

3).-2-3-4;

4).1-2-5;

17.Surunkali gastritning to'g'ri klassifikatsiyasini ko'rsating va ketma-ketligini joylashtiring etiologik, morfologik, funksional, klinik?1). egzogen, endogen, gipertrofik, atrofik, surunkali gastrit sekretor funktsiyasining pasayishi, va oshishi, kompensirlangan va dekompensirlangan surunkali gastrit

2). ekzogen endogen, kompensirlangan, dekompensirlangan, sekretor funktsiya pasayishi oshishi, gopertrofik atrofik.3). gippotrofik, gipertrofik sekretor gastrit, egzogen va endogen, dekompensirlangan, kompensirlangan sekretor funktsiyaning buzilishi.

1). 1-1; 2-2; 3-3; 4-4;

2).-1-2; 2-3; 3-3; 4-4;

3).-1-3; 2-2; 4-4; 3-1;

4).-1-4; 2-2; 3-3; 4-1;

18.Quyidagi potologik o'zgarishlar surunkali gastritning klasifikatsiyasi uchun xos anotsid, giperacid, normaassid va gipoassid, gipertrofik atrofik?1). etiologic.2). Morfologik.3). klinik. g). Funksional.

1). -1-3;

2). -2-3;

3).-1-2;

4).-1-4;

19. Surunkali gastritda morfologik o'zgarishlarni ko'rsating? 1).meda shilliq qavati gipertrofiyalanadi.2). meda shilliq qavati yara hosil bo'ladi.3). meda shilliq qavatida eroziya hosil bo'ladi.4). meda shilliq qavati atrofiyalanadi.5). meda shilliq qavati o'zgarmaydi.

- 1). 3-5;
- 2). -1-4;
- 3).-2-5;
- 4).1-3;.

20.Medada sekretor funksiyasi buzilishini ko'rsating?1). giperassit,normootsid holat.2). gipertrofik, atrofik.3). anassid holat.4). gipertrofik, giperassid.5). atrofik gipoassid

- 1). -4-5;
- 2).-2-3;
- 3).-3-4;
- 4). -1-3;

21.Yara kasalligining asoratlarini ko'rsating? 1). og'riq, qon ketishi, perforatsiya.2). og'ib ketish og'riq,peneteratsiya, malignizatsiya.3). stenoz, perfaratsiya, malignizatsiya.4). qon ketishi, peneteratsiya.5). epigastral sohada og'riq qusish, meda teshilishi, stenoz.

- 1).-3-4;
- 2).-1-2;
- 3).-2-3;
- 4).-4-5;

22Yara kasalligiga xos belgilar?1). ovqatdan so'ng og'riqning paydo bo'lishi.2). og'riqning ovqat bilan bog'liqligi va bahor kuzda paydo bo'lishi.3). 12 barmoqli ichak yarasida kechki og'riqlarning paydo bo'lishi.4). 12 barmoqli ichak yarasida og'riqning ovqatdan 20-30 minutdan so'ng paydo bo'lishi.5). 12 barmoqli ichak yarasida og'riqning ovqatdan so'ng kuchayishi xarakterli.

- 1). -3-4;
- 2).-1-3;
- 3). -2-3;
- 4).-4-5;

23.Meda yarasida og'riqning xarakteri quyidagicha?1). ovqatlangandan so'ng sekinlashadi.2). ovqatdan so'ng o'zgarmaydi.3). ovqatdan so'ng kuchayadi.4). og'riq asosan kuzda bahorda bo'ladi.5). ovqatlanish bilan bog'liq emas.

- 1). -4-5;
- 2). -3-4;
- 3).-2-3;
- 4).-1-4;

24.Yara kasaligidagi rentgenoskopik belgilarni aniqlang?1). meda shilliq qavati gipertrofiyalangan.2). meda shilliq qavati atrofiyalangan.3). meda shilliq qavatida eroziya va qon oqadi.4). nisha (tokcha) simptomi ko'rinadi.5). ko'rsatkich barmoq belgisi ko'riladi.

- 1).-4-5;
- 2).-1-2;
- 3).-2-3;
- 4).-3-4;

25.Gastrofibroskopik tekshiruvida aniqlanadi?1). meda va 12 barmoqli ichak yarasi.2). meda va ingichka ichak yaralar.3). 12 barmoqli ichak va sigmasimon ichak yaralar.4). meda va 12 barmoqli ichak yallig'lanishi o'smasi, poliplari.5). yug'on ichaklar va ingichka ichaklar yarasi, o'smasi

- 1). 2-3;
- 2).-1-4;
- 3).-3-4;
- 4).-4-5;

26.Yara kasalliklarining etiologik sabablarini ko'rsating?1). helico bacteri pilori.2). meda va 12 barmoqli ichak shilliq qavati strukturasi o'zgarishi.3). tamaki chekish, sipirtli ichimlik ichish. 4). narkotik modda qabul qilish.5) ovqatlanish rejimini buzilishi.

- 1).-1-2;

- 2).-2-3;
- 3).-3-4;
- 4).-4-5;

27.Meda sekretor funksiyasini aniqlashda ...1). qusuq massasi tekshiriladi 2). bazol sekretiya olinadi. 3). nahorgi porsiya olinadi..4). meda yuvilganda suyuqlik tekshiriladi.5). 3 chi va 4 chi javob to'g'ri.

- 1).-1-2;
- 2).2-3;
- 3).-4-5;
- 4).-3-5;

28.Jigarning yuqori mutloq bo'g'iqlik chegarasini aniqlang?1). linea parasternalis dextra VI qovurg'aning yuqori qirrasini.2). linea paraster dextra VII qovurg'a 3). linea medioclavicularis VI qovurg'a.4). linea medioclavicularis VII qovurg'a.5). linea axilaris anterior dextra VII qovurg'a

6). linea axilaris anterior dextra VI qovurg'a.

- 1).-1-3-5;
- 2).-1-3;2
- 3).-2-3;4
- 4).-2-4;6

29.Jigarning pastki mutloq bo'g'iqlik chegarasini aniqlang?1). linea axilaris anterior dextra X qovurg'a.2). linea mediocloicularis o'ng qovurg'a yoyi pasti.3). linea axilloris anterior IX qovurg'a.4). linea parasternalis dextra o'ng qovurg'a yoyidan 2 sm pastda.5). linea parasternalis o'ng qovurg'a yoyida.6). linea mediana anterior 3-6 sm xanjarsimon o'simta uchidan yuqorida

- 1).-1-2-4-6;
- 2).-1-3;5
- 3).-2-3;6
- 4).-2-4;5

30.Jigarning vertikal (balandligi) razmerini aniqlang?1). linea axilaris anterior dextra 10-12 sm.2). linea axilaris anterior dextra 9-11 sm.3). linea medioclavicularis dextra 9-11 sm.4). linea medioclavicularis dextra 10-11 sm.5). linea parasternalis dextra 8-11 sm.6). linea parasternalis dextra 9-11 sm.

- 1). -2-4;
- 2).-1-3;
- 3).-2-3;
- 4). -1-3-5;

31.Jigarning yuqoriga siljish sababini ko'rsating?1). jigar sirrozi va hepatitda 2). diafragmaning pastga siljishi.3). jigar exinokokki va rakida.4). yurak yetishmovchiligida (o'ng qorincha).5). diafragmaning yuqori turishi.

- 1).-1-3;
- 2).-4-3;
- 3).-3-5;
- 4).-2-4;

32.Jigar razmerini kattalashishi va pastga siljishi sababini ko'rsating?1). hepatit va sirrozda.2). diafragmaning yuqori turishi.3). yurak yetishmovchiligida.4). diafragmaning pastga turishi.5). diafragma osti absessida

- 1).-1-3;
- 2).-1-5;
- 3).-2-3;
- 4).-2-4;

33.Jigarning pastga siljish sababini ko'rsating?1). diafragmaning past turishi.2). diafragma yuqori turishi.3). eksudativ plevrit va pnevmotoroksd.4). jigar exinokati va rakida.5). yurak o'ng qorincha yetishmovchiligi.

- 1). -2-4;
- 2).-1-3;
- 3).-2-3;
- 4). -1-3-5;

34.Jigar sirrozi etiologik omillarini ko'rsating?1). virusli infeksiya.2). chang bakterial infeksiya.3). alkogol xolestaz.4). virus, bakteriallar, alkogol toksin.5). toksikantlar, ovqatda vitamin va oqsil yetishmovchilik.

1).- 2-3;

2).-1-3;

3).- 1-3-5;

4).-2-4;

35.Toksik jigar sirrozigan olib kelishi sabablarni ko'rsating?1). to'rt xlorli uglerod.2). alkogol va bakterial toksiklar.3). viruslar va geliotrop urug'i.4). geliotrop urug'i.5). fosfor birikmalari, mishyak.

1).- 1-3;

2).-1-4-5;

3).-2-3;

4).-2-4;

36.Toksiko – allergik sirrozga olib keluvchi omillarni ko'rsating?1). viruslar bakteriyalar ta'sirida. 2). aminozin va xloroformga allergik reaksiya.3). antibiotiklarga allergic.4). fosfor va mishyak birikmasi.5). alkogol va xolestoz.

1).-2-3;

2).-1-3;

3).-2-5;

4).-2-4;

37.Biliar sirroz sababini aniqlang?1). virus, toksik moddalar.2). fosfor birikmalari.3). jigar ichi o't yo'llarini yopilishi.4). umumiy o't yo'llari yopilishi.5). aminozin, antibiotiklar.

1). -2-4;

2).-1-3;

3).-2-3;

4). -3-4;

38.Portal jigar sirrozi kelib chiqadi?1). alkogol ta'sirida.2). botkin kasalligidan keyin.3). alimentar yetishmovchilikdan(oqsil,vitamin).4). toksikantlar ta'siri natijasida.5). bakteriyalar va gelmentozlar ta'sirida.

1).-1-3;

2).-1-3-4;

3).-2-3;

4).-2-4;

39.Posnekrotik sirrozga olib keluvchi sabablarga kiradi?1). toksik moddalar ta'sirida.2). virusli gepatitlar B,C.3). alimentar oqsil yetishmovchiligi.4). o't suyuqligining dimlanishi.5). o't tosh kasalligi.

1).-1-2,3;

2).-1-3;

3).-2-3;

4).-2-4;

40.Portal sirrozda ko'pincha qon oqishi kuzatiladi?1). teri osti qon quyilishi.2). milkdan qon ketishi.3). burundan qon ketishi.4). qizilo'ngachdan qon ketishi.5). meda (oshqozon) dan qon ketishi.

1). -2-4;

2).-1-3;

3).-2-3;

4). -4-5;

41.Biliar va postnekrotik sirrozda ko'pincha qon ketish kuzatiladi?1). qizilo'ngachdan, burundan.2). teri osti qon quyilishi, medadan.3). burundan, milkdan.4). teri osti qon quyilishlari, milkdan.5). oshqozondan, teri ostida, burundan.

1). -2-3;

2).-1-3;

3). -3-4;

4).-2-4;

42.Portal sirrozi uchun xarakterli?1). qonda bog'langan bilirubin miqdori oshishi.2). qonda bog'lanmagan bilirubin miqdorini oshishi.3). o't kislotalarining ichakka tushmasligi.4). o't suyuqligini o't yo'llarida dimlanishi.5). axlatning oqarishi.

- 1).-1-3;
- 2).-1-2;
- 3).-2-3;
- 4).-2-4;

43.Biliar sirroz uchun xarakterli?1). teri rangining oqarib ketishi.2). teri rangining sarg'ayib ketishi. 3). teri rangi o'zgarmaydi. 4). teri rangi ko'kimtir.5). terida melanin to'planib, pigmentatsiya kuzatilishi.

- 1).-2-5;
- 2).-1-3;
- 3).-2-3;
- 4).-2-4;

44.Sirroz bilan kasallangan bemorlarni ko'zdan kechirganda ko'ramiz?1). labini qizarishi,tilini qizarib yaltirashi.2). baraban tayoqchasimon barmoq.3). meduzaboshi (caput meduze).4). qorin devori venalarini kengayishi.5). tomir yulduzchalar qornida.

- 1).-3-4-5;
- 2).-1-3;
- 3).-2-3;
- 4).-2-4;

45.Sirroz bilan kasallangan bemorlarni qonidagi o'zgarishlar?1). anemiya, trombotsitopeniya.2). anemiya, trombositoz.3). leykopeniya, trombositoz.4). leykopeniya ,trombotsitopeniya.5). leykotsitoz, trombositoz, eritrostoz.

- 1). -2-4;
- 2).-1-3;
- 3).-2-3;
- 4). -1-4;

46.Bilirubin sirrozlarning qaysi turi uchun xos?1). biliar sirroz.2). portal sirroz.3). postnekrotik sirroz.4). bog'langan bilirubin.5). bog'lanmagan bilirubin.

- 1).-1;-4, 2;-4-5, 3;-4-5;
- 2).-1-3; 2;-4-5,
- 3).-2-3; 2;-4-5,
- 4).-2-4; 2;-4-5,

47.Sirroz bilan kasallangan bemor ko'zdan kechirsa?1). jigar kattalashgan, teri sariq.2). kaput medusae, tomir yulduzchalar. 3). baraban tayoqchasimon barmoq.4). qorni kattalashishi, (assit). 5). jigar pulsatsiyasi, tomirli pulsatsiyasi.

- 1). -1-3;
- 2). -2-3-4;
- 3).-2-3;
- 4).-2-4;

48.Gemolitik sariqlikka xos laborator o'zgarishlarni ko'rsating?1). qonda noto'g'ri bilirubin miqdorining oqishi.2). bilirubin peshobda bo'lmaydi.3). qonda bog'langan bilirubin ko'payadi. 4). peshobda bilirubin paydo bo'ladi.5). axlat rangi oqaradi.

- 1).- 3-4;
- 2).- 1-2;
- 3).-4-5;
- 4).-2-3;

49.Gemolitik sariqlik paydo bo'ladi? 1). viruslarning jigarda ta'siri natijasida.2). o't kislotalarining qonda ko'payib ketishidan.3). eritrotsitlarning taloq, jigar suyak ko'migida parchalanishi natijasida.4). bilirubin glukronid qonda ko'payishidan.5). noto'g'ri(bog'lanmagan) bilirubin qonda ko'payishi.

- 1).-3-5;
- 2).-1-2;
- 3).-2-3;
- 4).-4-5;

50.Gemolitik sariqlikning etiologik omillari hisoblanadi?1). bakteriyalar, viruslar.2). bezgak qo'zg'atuvchisi.3). Fenilgidrozin.4). zamburug'lar.5). gelmentozlar (gijjalar).

- 1).-3-4;
- 2).-1-2;
- 3).- 2-3;
- 4).-4-5;

51.Parenximatoz sariqlik sabablarini aniqlang? a). gepatotsitlarning shikastlanishi. b). botkin kasalligi, jigar sirrozi. v). qonning parchalanishini kuchayishi. g). qon parchalanishining susayishi. d). bog'lanmagan bilirubin miqdori oshishi.

- a).- 2-3;
- b).- 1-2;
- c.-4-5;
- d).-3-4;

52.Pariyeximatoz sariqlikdagi qondagi bioximiyaviy o'zgarishini ko'rsating? a). bog'langan bilirubinni qon zardobida oshishi. b). bog'lanmagan bilirubin miqdorining qon zardobida oshishi . v). bog'langan bilirubin miqdorini qon zardobida kamayishi. g). bog'langan bilirubin miqdorini qon zardobida kamayishi. d). bog'langan va bog'lanmagan bilirubin miqdorini qon zardobiga kamayishi.

- a).-1-2;
- b.-2-3;
- c).-3-4;
- d).-4-5;

53.Parenximatoz sariqlikda peshobda paydo bo'ladi? a). bog'lanmagan bilirubin. b). bilirubin glyukuronid. v). bog'langan bilirubin. g). noto'g'ri bilirubin. d). bog'langan va bog'lanmagan.

- a).-1-2;
- b).-2-3;
- c).-3-4;
- d).-4-5;

54.Parenximatoz sariqlikning etiologic omillarini ko'rsating? a). botkin kasalligi. b). jigar hujayralarining toksik shikastlanishi. v). bog'langan bilirubin miqdorining oshishi. g). bog'lanmagan bilirubin miqdorini qonda oshishi. d). to'g'ri va noto'g'ri bilirubin miqdorini qonda oshishi natijasida.

- a). -3-4;
- b).-2-3;
- c). -1-2;
- d).-4-5;

55.Parenximatoz sariqlikda axlatdagi o'zgarishlar? a). axlat bilan sterkobilin ajralishini kamayishi. b). axlat rangi to'liq rangsizlanmaydi. v). axlatda sterkobilin ajralishi kuchayadi. g). axlat to'liq rangsizlanadi. d). axlat rangi qoramtir tus oladi

- a).-1-2;
- b).-2-3;
- c).-3-4;
- d).-4-5;

56. "Kichik" jigar belgilari:

- a) palmar eritema, teleangioektaziya
- b) teleangioektaziya, palmar eritema, ginekomastiya, ksantoma
- v) ginekomastiya, ayollarsimon jun bosish
- g) palmar eritemasi, badanning qichishi

57. "Melena" nima?

- a) Suyuq qora rangdagi axlat
- b) Rangsiz (kulrang) axlat
- v) Hazm bo'lmagan ovqat qoldiqlariga ega axlat
- g) Yog'li, yaltiroq, yomon yuviladigan axlat

58. "Palag'da tuxum" hidli kekirish kuzatiladi:

- a) kompensatsiyalashgan stenozda
- b) me'da qizilo'ngach refllyuksida
- v) duodeno-gastro-ezofageal refllyukusda

g) dekompensatsiyalashgan stenozda

59. Ovqat egandan keyin 7-8 soat o'tgach "plesk shovqinining" epigastral sohadan aniqlanishi darak beradi:

a) motor funksiyasining o'zgarishidan

b) NSI-giperproduktitsiyasidan

v) evakuator funksiyaning susayishi

g) shilliq (sliz)'giperproduktitsiyasidan

60. Tanada "tomir yulduzchalari" paydo bo'lishiga asosiy sabab bu...:

a) organizmda esterogenlar yig'ilishi va jigarda ular inaktivatsiyasining pasayishi

b) uglevod almashinuvining buzilishi

v) tomirlar o'tkazuvchanligining oshishi

g) jigarda retikulo-endotelial apparatning izdan chiqishi

61. Medaning qaysi qismida yara joylashsa rentgenologik "tokcha (nisha) simptomi" aniqlaniladi:

a) Kardial

b) pilorik qismida

v) fundal

g) antral

62. "Yo'g'li najas (axlat)" quyida ko'rsatilgan kasalliklarning qaysi biri uchun xos;

a) Jigar sirroziga

b) Surunkali xolestsistitda

v) Surunkali gastritga

g) Surunkali gepatitga

63. "Yolg'on sariqlik" teri sarg'ayishi bilan boradimi?

a) Yo'q

b) Ha

v) Ba'zan

g) Hamma vaqt

64. "Yolg'on sariklikda" bo'yalmaydi

a) Teri

b) Tovon

v) Sklera

g) Kaft

65 "Jigar kafti" bu - ...

a) Kaftning sariq bo'yalishi

b) Kaft tenar soha giperemiyasi

v) Kaftlarning simmetrik qizarishi

g) Kaftlarning oqarishi

66. "Kaput meduza" quyidagi sababga ko'ra yuzaga keladi:

a) portal gipertenziya natijasida

b) mezenximal-yallig'lanish natijasida

v) xolestaz natijasida

g) gepatotsellyular etishmovchilik natijasida

67. 12 barmoqli ichak yara kasalligida ishtaha....

a) O'zgarmagan

b) Oshgan

v) Pasaygan

g) Yo'qolgan

68. Amiloreya bu -

a) Najasda oqsil paydo bo'lishi

b) Leykotsitlarning paydo bo'lishi

v) Yomon sifatli o'sma hujayralarining paydo bo'lishi

g) Najasda kraxmalning paydo bo'lishi

69. Sariqlik dastlab qayerda kuzatiladi:

- a) Sklerada
- b) Kaftda
- v) Tilda
- g) Terida

70. Chuqur palpatsiya metodikasi o'zida saqlaydi

- a) 5 momentni
- b) 2 momentni
- v) 3 momentni
- g) 4 momentni

71. Katta jigar belgilariga kiradi

- a) palmar eritema, teleangioektaziya
- b) teleangioektaziya, palmar eritema, ginekomastiya, ksantoma
- v) ginekomastiya, ayollarsimon jun bosish
- g) sariqlik va gepatomegaliya, portal gipertenziya

Hazm qilish tizimidan masalalar

1 masala

Bemor 31 yoshda, jinsi erkak, o'zini 10 yildan buyon kasal deb hisoblaydi. Bemorning shikoyatlari ovqat egandan so'ng 1,5-2 soat o'tgach epigastral sohada og'riq paydo bo'lishi, kekirish va jiqildon qaynashiga, ba'zanda ko'ngliaynib qusishga shikoyat qiladi. Og'riq ovqat egandan so'ng susayadi, ko'pincha bahor va kuz fasllarida bezovta qiladi.

Sizning taxminiy diagnozingiz qanday.

Rentgenologik tekshiruvda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

Palpator o'zgarishlarni ayting.

2 masala

Bemor 23 yoshda, jinsi erkak, talaba. Diagnostika markaziga kelganda ko'p yillardan buyon kasal ekanligini takidladi va har kechkurun soat 2-3 orasida epigastral sohada og'riq bezovta qilishini aytdi va kungil aynishi xolsizlik bezovta kilib turadi. Bemor shu vaqtda turib biroz ovqatlanadi va og'riqlar susaygach yana yotadi.

Vrach bemorni qorin sohasini palpatsiya qilganda qorinning o'rta chiziqidan o'ng tomonda kindik ustida og'riq borligini aniqladi.

Bemorda aniq diagnoz qo'yish uchun qanday instrumental tekshiruvlar olib borish ma'qul.

Bu kasallikning rentgenologik belgilari qanday.

Gastrofibroskopik belgilarini ayting.

3 masala

Bemor shifokorga kelganda o'zini 16 yildan buyon kasal ekanligini aytdi va kechqurunlari epigastral sohada og'riq paydo bo'lib, uyqudan uyqonadi va biroz sut ichib yana yotadi, bemorni ko'zdan kechirganda tili oq karash bilan qoplangan. Palpatsiyada kindik yuqorisida qorinning o'rta chiziqidan o'ng tomonda og'riq bor.

Bu kasallik uchun qanday asosiy shikoyatlarni bilasiz.

Kasallik uchun xos rentgenoskopik belgilarini aytib bering.

Bu bemorda kasallikka xos qanday asoratlar qolishi mumkin.

Bu bemor uchun ovqatlanish rejimini tuzing.

4 masala

Bemor 22 yoshda, jinsi erkak, haydovchi bo'lib ishlaganligi tufayli ovqatlanish rejimi doimo buzilgan va ba'zan epigastral sohada og'riq paydo bo'lishini vrachga takidlab o'tdi. Diagnostika markaziga vrach qabuliga maslahat uchun kelganda bemor sub'ektiv kasallik asosan bahorda va kuzda xuruj qilishi aniqlandi. Ob'ektiv palpatsiyada epigastral sohada og'riq borligi va perkussiyada epigastrida ya'ni meda proektsiyasida Mendel simptomi musbatligi aniqlandi. Gastrofibroskopiya medaning kichik egriligida 0,5 X 0,6 smli destruktiv o'zgarish va uni atrofi qizarganligi aniqlandi.

Bu bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorning asosiy shikoyatlarini sanab bering.

Palpator o'zgarishlarni aytib bering.

qanday instrumental tekshiruvlar olib borilishi zarur va undagi o'zgarishlarni ayting.

5 masala

Bemor 33 yoshda, vrach qabuliga kelganda o'zini ko'p yillardan buyon kasal ekanligini aytdi va qorinning chap qismida og'riq borligi, bu og'riqning chap ko'krak qafasiga va bel umurtqalariga berilishiga, og'riqning ovqatdan so'ng 20-30 minutdan keyin paydo bo'lishi, ko'proq bahorda bezovta qilishini aytdi, shular bilan birgalikda jiqildon qaynashi, kekirish, ko'ngil aynishi ba'zan qusish va o'zida biroz qusishdan so'ng engillikni sezishiga shikoyat qildi. Perkussiyada epigastral sohada Mendel simptomi musbatligi aniqlandi. Rentgenologik tekshirganda tokcha (nisha) simptomi aniqlandi.

Bemorda qanday tashxis qo'yasiz.

Bu kasallik uchun etiologik omillarni sanab bering.

Bu kasallik asoratlarini sanab bering.

Parhez stoli va davo rejangiz qanday.

6 masala

Bemor 54 yoshda, poliklinika sharoitida dispanser nazoratida turib, ko'p yillar mobaynida davolanib kelgan va gastroenterolog maslahatiga kelganda u sub'ektiv bahor va kuz oylarida qorinda dam bo'lib turishi, quldirash, ba'zan ichining suyuq o'tishi bezovta qilib turishini aniqlandi va ob'ektiv teri osti yog' qatlami sust rivojlangan, tekshiruvda qorin mushaklari taranglashgani bilan, perkussiyada timpanik tovushi aniqladi va shundan so'ng surunkali atrofik gastrit deb taxminiy diagnoz qo'yildi.

Bemorning asosiy shikoyatlarini aytib bering.

Instrumental tekshiruv rejasini tuzing va undagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bu bemorda parhez stoli va rejimini aytib bering.

7 masala

Bemor 27 yoshda, jinsi ayol, doimiy qorinda dimlanish, quldirash bor, ichi ba'zan suyuq o'tadi, sub'ektiv – yuqoridagi simptomlar yilning bahor va kuz faslida ko'proq bezovta qilishi aniqlandi. Bemorda ovqatlanish rejimi buzilgan, alkogol istemol qilib turadi. Ob'ektiv - palpatsiyada kindik yuqorisida va chap tomonda (simptom Porges) va ingichka ichak tutqichi buylab (simptom Shternberg) og'riq borligi, qorin sohasida quldirash aniqlandi gastroenterologiya bo'limiga yotqizildi.

Sizning taxminiy tashxisingiz.

Bemorda tekshirish rejasini tuzing va undagi o'zgarishlarni ayting.

Bemor najasida qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Bu bemor uchun parhez stoli va ovqatlanish rejimini tuzing.

8 masala

Bemor 33 yoshda, ozg'in. Bemorni bezovta qilib turadigan muammolari doimiy ravishda epigastral sohada, kindik atrofida og'riq borligiga shikoyat qiladi. Og'riq asosan vertikal holatda va ovqat egandan so'ng kuchayadi gorizontol holatda og'riqlar biroz susayadi yoki bezovta qilmaydi. Og'riklar mavsumiy xarakterga ega emas.

Sizning taxminiy tashxisingiz.

Bu bemordagi palpatsiya texnikasini va palpator o'zgarishlarni ayting.

Bu kasallik uchun xos rentgenologik belgilarini ayting.

9 masala

Bemor 24 yoshda, holati majburiy, oyog'lari tizzadan bukilgan va qoringa tortib turibdi va vrach so'rab surishtirganda o'zini ko'p yillardan buyon kasal ekanligini ta'kidladi hamda epigastral sohada, xanjarsimon o'simta ostida ovqatdan so'ng kuchli og'riq paydo bo'lishini hamda og'riqning qusgandan so'ng sekinlashini va bu og'riq asosan bahor yoki kuz fasllarida paydo bo'lishini takidladi. Shular bilan birgalikda jiqildon qaynashi, ko'ngil aynishi, qusish, kekirish bezovta qiladi. Palpatsiyada epigastral sohada og'riq bor.

Bu bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

qanday instrumental tekshiruvlar olib borish zarur va qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

Davolash rejangiz va qanday parhez tavsiya etasiz.

10 masala

Bemor 39 yoshda, jinsi ayol. Vrach qabuliga kelganda ishtahasining pasayishi, kekirish, epigastral sohada noxush holat, quldirash, ba'zan epigastral sohada og'riq borligiga va ba'zan ichi suyuq, ba'zan kabziyat bilan o'tishiga shikoyat qildi, ushbu simptomlar asosan bahor va kuz oylarida kuchayadi. Bemor ko'zdan kechirilganda terisi quruq, milkalaridan qon oqishini, tilining qalinlashgani, qizargani, so'rg'ichlari tekislangan, atrofida tish izlari borligi, xeyloz va angulyar stomatit ko'rishimiz mumkin. Bemorni meda shirasi tahlili tekshirilganda xlorid kislota miqdorini pastligi aniqlandi. Perkutor epigastrida timpanik tovush eshitiladi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemordagi palpator o'zgarishlarni ayting.

Tekshiruv rejangiz qanday.

qanday instrumental tekshiruv olib boriladi va qanday natija kutiladi.

11 masala

Bemor 28 yoshda, jinsi erkak. Vrach qabuliga kelganda doimiy jiqildon qaynashi, kekirish va epigastral sohada og'riq borligi bezovta qilishini takidlagi, sub'ektiv kasallik baorda va kuzda xuruj qiladi. Ushbu belgilar ovqatlanish rejimi buzilganda va o'tkir oziq ovqat maxsulotlari, spirtli ichimliklar istemol kilganda kuchayadi. Ob'ektiv meda shirasi tekshiruvi olib borilgandan so'ng xlorid kislota miqdorini balandligi aniqlandi. Palpatsiya va perkussiyada epigastral sohada og'riq bor.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

qanday instrumental tekshiruvlar olib borilishi ma'qul deb hisoblaysiz.

Davo rejangiz qanday.

Bu bemorga qanday parhez stoli va qanday oziq ovqat maxsulotlari istemol qilishini tavsiya etasiz.

12 masala

Bemor 31 yoshda. Vrach qabuliga kelganda kindik atrofida og'riq borligi, meteorizm va ich o'tishini ba'zan suyuq va ba'zan qabziyat bilan o'tishiga shikoyat qildi. Ob'ektiv bemor ozg'in, teri osti yog' qatlami sust rivojlangan, oqiz bo'shlig'ida angulyar stomatit bor, bemor sochlari to'kiluvchan, tirnoqlari sinuvchan. Bemorning najasi miqdori ko'p, kashasimon va gaz pufakchalari aralashgan hamda hazm bo'lmagan ovqat steatoreya, kreatoreya, amiloreya borligi aniqlandi. qonda anemiya va gipoproteinemiya kuzatiladi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Palpator va perkutor o'zgarishlarini ayting.

Bu bemordagi rentgenologik o'zgarishlarini aytib bering.

Bemorlarning qonida, najasida bo'ladigan o'zgarishlarni ayting.

13 masala

Bemor vrach qabuliga kelganda, qorinning pastki sohasida og'riq borligiga, og'riqning gazlar va ich o'tganidan so'ng kamayishiga, kabziyatga va ba'zan ichi suyuq o'tishiga, meteorizm, quldirash, tenezmga shikoyat qilib keldi. Bemorning najasi tez tez va kam miqdorda bo'lib, yuzasida shilliq qoplangan. Kaprologik tekshirganda ko'p miqdorda leykotsitlar va shilliq borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Palpator o'zgarishlarni ayting.

Bemorda diagnoz tasdiqlanishi uchun qanday instrumental tekshiruvlar olib borilishi zarur.

Bemor najasida qanday o'zgarishlar bo'ladi.

14 – masala

Bemor 15 yoshda, uning aytishicha to'satdan qaynoq suyuqlik istemol qilgan, shundan so'ng bemorda ovqat yutishning qiyinligi (disfagiya), ko'krak sohasida to'sh suyagi ortida og'riq va u ovqat yutgan vaqtda kuchayishi, qusishga, ko'krak sohasi yotgan vaqtda va oldinga enkaygan vaqtda achishish, sulak bezlari giperfunktsiyasi (gipersalivatsiya), kekirishga shikoyat qildi. qusuq massasini tekshirilib ko'rilganda chaynalgan ovqat luqmasidan tashqil topgan hamda hidsiz.

Bemorda qanday patologik jarayon tashxis qo'ying.

Tekshirish rejasini tuzing.

Instrumental tekshirganda qanday o'zgarish kutiladi.

15 – masala

Bemor 59 yoshda, ozishga, ovqat yutishning qiyinlashuviga (disfagiya), ko'krak qafasida og'riq borligiga, ko'ngil aynishi, oqiz hidlanishi, qusishga shikoyat qiladi. qusuq massasi chaynalgan ovqatdan tashkil topgan bo'lib, hidlangan. Bemorda ishtaha yo'q, go'shtli ovqat istemol qila olmaydi, uni ko'zdan kechirilganda kaxeksiya ya'ni teri osti yog' qatlami sust rivojlanganligi aniqlandi, bo'yin limfa tugunlari kattalashgan. Bemorda qanday patologik jarayon bo'lishi mumkin va tekshirish rejasi.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borilishi maqul.

Rentgenologik va endoskopik tekshiruvda qanday o'zgarish ko'rish mumkin.

16 – masala

Bemor 17 yoshda shikoyati ovqatlangandan so'ng bir soat o'tgach epigastrial sohada kuchli og'riq paydo bo'lishiga, kekirishga, ko'ngil aynishiga va qusishga shikoyat qiladi. Bemor qusgandan so'ng o'ziga engillik

sezishini ta'kidladi. Anamnez yig'ilganida kasallik bahor va kuz oylarida ko'proq bezovta qilishi aniqlandi. qusuq massasi tekshirilganida chaynalgan ovqat va me'da shirasidan tashkil topgan.

Sizning taxminiy tashxisingiz qanday.

Palpator o'zgarishlarni aytib bering.

Dignozni tasdiqlash uchun qanday instrumental tekshiruvlar olib borish shart.

Bu kasallik uchun qanday asoratlarni qolishi mumkin.

17 – masala

Bemor 23 yoshda, jinsi ayol, shoshilinch yordam ilmiy markaziga olib kelindi va so'rab surishtirishda ko'p yillardan buyon kasalligi va kasallik bahor va kuz oylarida bezovta qilib turishi hamda anamnezida meda yarasi borligi aniqlandi. Bemorning shikoyati holsizlik, qusish va qusuq massasi kofesimon. Bemorni ko'zdan kechirganda rangi oqarib ketgan, najasi qoramtir (dekteobraz), o'zi holsiz, pulsi tezlashgan, qon bosimi 80/50 mm. sim. ust. teng.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Diagnozni tasdiqlash uchun qanday tekshiruvlar olib borilishi maqul.

Bemor najasida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

18 – masala

Ko'rikka kelgan bemorning aytishi bo'yicha bahor va kuz oylarida epigastral sohada og'riq bezovta qilib turgan. Ayni vaqtda og'riq sekinlashib holsizlik, ish qobiliyatining pasayishi, ko'z oldi qorong'ulashib bosh aylanishlari bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda rangpar, teri osti yog' qatlami sust rivojlangan. Vrach tomonidan bemorga najas tahlil uchun topshirish tavsiya etildi va makroskopik tekshirganda axlati rangi qoramtir.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Palpator o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorga tekshiruv rejasini tuzing.

19 – masala

Bemor 51 yoshda, jinsi erkak shikoyati holsizlik, ba'zan epigastrial sohada og'riq paydo bo'lishi, kuldirash, qorinning dam bo'lishi, ishtahaning pastligiga shikoyat qiladi. Palpatsiyada kindik atrofida og'riq borligi, Porges, Shternberg simptomi musbatligi aniqlandi. Bemorga najas tahlili topshirish tavsiya etildi. Makroskopik tekshirganda najas suyuq ko'pik aralashgan shilimshiqsimon va miqdori ko'p.

Bu bemorga qanday patologik jarayon bo'lishi mumkin.

Diagnoz tasdiqlanishi uchun qanday tekshiruvlar olib borish kerak.

Bemor qoni va najasidagi o'zgarishlarni aytib bering.

20 - masala

Bemor bir necha yildan buyon gastroenterologda dispanser nazoratida turadi va uning qorinining pastki qismida biroz og'riq borligi, ichining ba'zan suyuq yoki ba'zan kabziyat bilan o'tishi bezovta qiladi. Najas miqdori kam-kam keladi va uning yuzasi shilimshiq modda bilan qoplangan najas ajralib chiqishi aniqlandi. Ba'zan tualet boradi najas yo'q (yolqon chaqiriq) qaytib keladi va tenezm bor. Palpatsiyada qorinning pastki qismida og'riq bor.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Palpator o'zgarishlarni aytib bering.

Diagnozni tasdiqlash uchun qanday tekshiruvlar olib borilishi maqul.

21 – masala

Bemor kechqurun kindik yuqorisida qorin o'rta chiziqidan o'ng tomonda ma'lum bir nuqtada kuchli og'riq borligidan uyqonib turardi va biroz ovqatlangandan so'ng og'riqlar biroz sekinlashardi. Bu og'riqlar mavsumiy xarakterga ega edi. Oxirgi kunlarda og'riq bezovta qilmay qo'ydi. Lekin bemor holsizlanib, rangi oqarib bormoqda. Anamnez yig'ilganida rangi oqarib borishi va axlati qoramtir tus olganligi aniqlandi.

Bemorni tashxislang va tekshirish rejasini tuzing.

Rentgenologik qanday o'zgarish bo'lishi mumkin.

Najasi tekshirilganda qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin.

22 masala

Bemor 55 yoshli. Jinsi erkak. So'rab surishtirganda spirtli ichimliklar istemol qilishini takidladi. Bemor kasalxonada kelganda burnidan va milkalaridan tez-tez qon ketishi hamda gemoroidal venalaridan qon ketib turishiga shikoyat qilib keldi. Bemorda sub'ektiv bir necha marta gepatit kasalligi bilan kasallangan, ob'ektiv

teri qoplamlari biroz sarg'ish, qorni hajmi kattalashgan, qorin devori venalari kengaygan, meduza boshi simptomi musbat, ko'krak sohasida tomir yulduzchalar mavjud.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorda o'tkaziladigan ob'ektiv tekshiruvlar va ularda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

Bemorga qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi.

Bemorda qonida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering (umumiy qon taxlili va bioximiyaviy).

23 masala

Bemor 44 yoshda, jinsi erkak, kasalxonada kelganda ko'p yillardan buyon kasal ekanligi aniqlandi va ko'zdan kechirilganda lablari to'q qizil rangda, tili malina rangida, terisida qon quyilishlar, teleangioektaziya, qorin yuzasida meduza boshi borligi, va ginekomastiya borligi aniqlandi. Bemor ko'p miqdorda spirtli ichimliklarni istemol qilinishi va ertalablari tish yuvganda milkalaridan qon ketib turishi, ba'zan burundan qon ketishi aniqlandi. Bemor paypaslanganda jigari kattalashgan. Perkussiyada jigarning pastki chegarasi L. medioclavicularis bo'yicha qovurg'a yoyidan pastga joylashgan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorning qoni tekshirilganda qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Bu bemorda qanday instrumental tekshiruv olib boriladi va unda qanday o'zgarish bo'lishi mumkin.

24-masala

Bemor 45 yoshda, jinsi erkak, teri osti yog' qatlami sust rivojlangan. Vrach qabuliga kelganda ko'zdan kechirildi, terisi va shilliq qavatlar rangi sariq, terisida tomir yulduzchalar, sarut meduza va qorin devori venalari kengayganligi aniqlandi, Bemorni palpatsiya qilib ko'rganda jigari qattiqlashgan, yuzasi g'adir-budur, notekisligi seziladi. Kurlov bo'yicha perkussiya qilinganida L. Medioclavicularis bo'yicha razmeri 13 smni tashkil qiladi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Kasallikning etiologik omillarini aytib bering.

Bemor qanday laborator tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar bo'ladi.

25-masala

Bemor 49 yoshda, jinsi erkak, kasalxonada kelganda o'zini ko'p yillardan buyon kasal ekanligini va ba'zan – ba'zan spirtli ichimliklar istemol qilishini aytdi. Bemor sub'ektiv o'ng qovurg'a ostida og'riq bor, ob'ektiv teri rangi sarg'ish, meduza boshi simptomi va terisida tomir yulduzchalar mavjudligi, laborator biroz umumiy bilirubin va AsT miqdori oshgan va instrumental tekshirilib jigarning kattalashgani va qattiqlashganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlarni ko'ramiz.

Bemorda qanday palpator o'zgarishlar ko'ramiz.

Bemorga qanday instrumental va laborator tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Bu kasallik uchun qaysi parhez stoli tavsiya etiladi.

26 – masala

Bemor 28 yoshda, jinsi ayol, kasalxonaga tez yordam mashinasida olib kelindi. Shikoyatlari holsizlik, bosh aylanishi, yurak urishi bezovta qiladi. Ko'zdan kechirilganda terisi va shilliq qavatlar limon sarg'ish rangda. Palpatsiyada biroz jigari va ko'proq talog'i kattalashganligi aniqlandi. Qon tahlilida umumiy bilirubin 31,3 mm/l, asosan erkin bilirubin hisobiga oshgan, peshobda sterkobilin miqdori oshgan va qisman urobilinogen aniqlandi.

Sariqlikni qaysi turiga mansub.

Etiologik omillarini aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borish maqul.

27 – masala

Bemor 54 yoshda, jinsi erkak, vrach qabuliga kelganda terisi va shilliq qavatlarining birdaniga yashil sariq ranga tovlanib qolganligiga, terisining asosan kechqurun qichishiga, yuragining sekin urishiga, bosh og'rishi, uyqusizlik, tez charchash, holsizlikka shikoyat qildi. Qon tahlilida bilirubin miqdori oshgan asosan bog'langan bilirubin hisobiga.

Bemorda sariqlikning qaysi turi.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borilishi maqul.

Bemorlar qoni, najasidagi va peshobidagi o'zgarishlarni aytib bering.

28-masala

Bemor 31 yoshda, jinsi ayol, vrach qabuliga kelgandagi shikoyati holsizlik, ishtahaning yo'qligi, o'ng qovurg'a ostida noxush holat va biroz shu erda og'riq borligiga shikoyat qildi. Bemorni ko'zdan kechirganda terisi va shilliq qavatlari sariq tus olgan va axlat rangi (axilik) oqargan. Bemorning qoni tekshirilganida bilirubin miqdori bog'langan va bog'lanmagan fraktsiyalari hisobiga oshgan.

Bemorga taxminiy diagnoz qo'ying.

Palpator va perkutor tekshiruvlardagi o'zgarishlarni aytib bering.

qonning bioximiyaviy tahlillarida qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Bemor peshobidagi o'zgarishlarini ayting.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borish maqul.

29- masala

Bemor 31 yoshda, jinsi erkak, vrach qabuliga kelganda bemor shikoyatlari bosh og'riqi, holsizlik, ko'ngil aynishi, o'ng qovurg'a ostida noxush holat borligi bezovta qiladi. Bemordan anamnez yig'ilganda bemor 4 oy oldin operatsiya bo'lgan va shu vaqtda bu bemorga qon va qon zardobi quyilganligi aniqlandi. Shundan so'ng vrach tomonidan bemor ko'zdan kechirilganda terisi va shilliq qavatlari sariq rangdaligi, najasi oqimtiriligi aniqlandi.

Bu bemorga taxminiy tashxis qo'ying

Bu bemorga laborator tekshiruvlar olib borilganda qanday o'zgarishlar kutish mumkin

Bu bemor uchun palpator va perkutor o'zgarishlarini aytib bering

Bemorga tavsiya etiladigan parhez stoli.

30-masala

Bemor 35 yoshda, jinsi erkak, bemor vrach qabuliga olib kelinganda birdaniga o'ng qovurg'a ostida og'riq paydo bo'lganligiga va og'riqning butun qorinning yuqori qismiga, o'ng qovurg'a ostiga berilishiga, oqiz achishiga, ko'ngil aynishi, qusishga shikoyat qilib keldi. Bemor harakat qilganda, chuqur nafas olganda og'riq kuchayadi. Bemor majburiy holat egallab o'ng biqinda yotibdi. Bemorni labarator va instrumental tekshiruvlar olib borilib bu bemorga o'tkir xoletsistit deb tashxis qo'yildi.

Bu bemorga qanday palpator o'zgarishlar bo'lishini aytib bering.

Bu kasallik uchun xos avtorlar bo'yicha qanday simptomlarni bilasiz.

Bemor qonida qanday o'zgarishlar bo'lishini aytib bering.

Shifokorning davo taktikasi qanday.

31-masala

Bemor 47 yoshda, jinsi erkak, uzoq yillardan buyon dispanser nazoratida turadi. Bemor kasalxonaga kelganda oqiz achishi, o'ng qovurg'a ostida og'riq borligiga va og'riqning o'ng elka sohasiga, bo'yinga va kurakka berilishiga shikoyat qilib keldi va bemorni ob'ektiv palpatsiyada o'ng qovurg'a ostida og'riq va Ortner simptomi musbatligi hamda instrumental tekshiruvlar olib borilib surunkali xoletsistit deb tashxis qo'yildi.

Bemorda qanday palpator va perkutor o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Bemorga qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Duodenal zondlashda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.

32 – masala

Bemor qabulga kelganda o'ng qovurg'a ostida kuchli xurujsimon og'riq borligiga va og'riqning o'ngga, yuqoriga hamda orqaga, pastki jag'ga va o'ng kurakka, elkaga, bo'yinga berilishiga shikoyat qildi. Anamnez yig'ilganda og'riq asosan yog'li ovqatlar istemol qilganda va transporda yurganda, vibratsiyada xuruj qilib kuchayadi. Duodenal zonlashda olingan suyuqlik tarkibida xolesterin kristallari borligi aniqlandi.

Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Palpator o'zgarishlarini ayting.

qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

33 masala

Bemor 35 yoshda, jinsi erkak, bir necha yildan buyon dispanser nazoratida turib davolanib kelgan va kasal deb hisoblaydi. Bemorda doimiy kabziyat, qorinning pastki qismida ba'zan - ba'zan og'riq borligi bezovta qiladi.

Bemor najasini ko'zdan kechirganda najasi tuya axlatiga o'xshab dumaloq – dumaloq va yuzasida shilliq borligi aniqlandi. Bemorning qoni tekshirilganida biroz neytrofil leykotsitoz va eritrotsitlar cho'kish tezligi tezlashgan (14 mm/'s).

Bemerga qanday tashxis qo'yasiz

Bemordagi palpator o'zgarishlar qanday

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul deb o'ylaysiz va qanday o'zgarishlar kutilishi mumkin.

34-masala

Bemor 33 yoshda, jinsi ayol, bir necha yildan buyon dispanser nazoratida turib davolanib kelgan va o'zini kasal deb biladi. Shikoyati ba'zan ba'zan ichi suyuq o'tishi, kuldirash, holsizlik, qorinda dam bo'lishi bezovta qilib turadi. Anamnez yig'ilganida ovqatlanish rejimi buzilganligi aniqlandi. Bemorning teri osti yog' qatlami sust rivojlangan. Bemorning qonida gipoproteinemiya borligi, najasini tekshirib ko'rganda najasi shilliq aralashgan kashasimon va miqdori ko'p.

Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz.

Palpator o'zgarishlarini ayting.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Najas tahlilida qanday o'zgarishlar bo'ladi.

35 – masala

Bemor 31 yoshda, o'zini ko'p yillardan buyon kasal deb biladi va kasallik asosan bahor va ko'z oylarida ko'proq bezovta qiladi. Shikoyati ba'zan ba'zan ichi qabziyat bilan o'tishi, holsizlik, qorinning pastki qismida yon biqinlarida og'riq bezovta qilib turadi. Og'riqlar ovqatlangandan so'ng va defekatsiyadan oldin kuchayadi. Qoni tekshirilganida biroz neytrofil leykotsitoz va EChT tezlashgan. Bemor najasini tekshirib ko'rilganda najasi qattiq va yuzasi shilliq bilan qoplangan.

Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz.

Palpator o'zgarishlarini ayting.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Bemorlar najaslaridagi o'zgarishlarni aytib bering.

36 – masala

Bemor 23 yoshda, o'zini 3 kundan buyon kasal deb biladi. Shikoyati qorinning pastki yarmida og'riq va ichi suyuq, shilliq va qon aralash o'tishi, holsizlik, qorinda dam bo'lishi, isitma, bo'g'imlarda og'riq, ozish bezovta qilib turadi. Bemorda ba'zan yolqon chaqiriq (poziv) bo'ladi tualetga boradi lekin najas yo'q qaytib keladi.

Bemor najasini tekshirib ko'rganda najasi shilliq aralashgan va qon bilan bo'yalgan.

Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz.

Palpator o'zgarishlarini ayting.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Qondagi o'zgarishlarni ayting.

37 - masala

Bemor 47 yoshda, jinsi ayol, o'zini ko'p yillardan buyon kasal deb biladi, jigar portal sirrozi bilan nazoratda turadi. Shikoyati qorinning pastki qismida og'riq borligi va anal teshik sohasida og'riq, holsizlik, og'riq ba'zan bel sohasiga berilishi najas oxirida qon tomchilari kelishi bezovta qilib turadi. Bemor najasini tekshirib ko'rganda o'zgarmagan qon tomchilari borligi aniqlandi.

Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz.

Palpator o'zgarishlarini ayting.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

38 –masala

Bemor 17 yoshda, jinsi erkak, o'zini bir haftadan buyon kasal deb hisoblaydi va kasallikni salat egani bilan bog'laydi va shikoyati tana harorati oshishi, ichi suyuq o'tishi, holsizlik, qorinda dam bo'lishi, kuldirash, tenezm yolqon poziv bezovta qilib turadi. Qorinning pastki qismida gijimlovchi og'riqlar bor. Bemor qonida leykotsitoz, EChT tezlashgan va najasini tekshirib ko'rganda najasi shilliq aralashgan va yiringli.

Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz.

Palpator o'zgarishlarini ayting.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

39 – masala

Bemor 36 yoshda, jinsi ayol, bir necha yildan buyon kasal, vrach qabuliga kelganda terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlarni sarg'ayishiga shikoyat qilib keldi. Bemorni ko'zdan kechirganda terisi limon sariq rangdaligi aniqlandi. Bemorlarni paypaslab tekshirganda asosan jigarlari va taloqni kattalashganligini aniqlandi. Bemor qonini tekshirganda biroz erkin bilirubin ko'payganligi aniqlandi.

Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz.

Bemor shikoyatlarini aytib o'ting

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Bemor peshobida qanday o'zgarish bo'ladi va sababini ayting.

40 – masala

Bemor 22 yoshda, jinsi erkak, vrach qabuliga kelganda 2-3 haftadan buyon holsiz, boshi aylanishiga, terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlarni sarg'ayishiga shikoyat qilib keldi. Bemorni ko'zdan kechirganda terisi zarg'aldoq (shafranovo) - sariq rangdaligi aniqlandi. Bemor qonini tekshirganda biroz erkin va bog'langan bilirubin ko'payganligi aniqlandi.

Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz.

Bemor shikoyatlarini aytib o'ting.

Palpator o'zgarishlarini ayting.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Bemor peshobida qanday o'zgarish bo'ladi va sababini ayting

41 – masala

Bemor 48 yoshda, jinsi erkak, vrach qabuliga kelganda uzoq vaqtdan buyon o'ng qovurg'a ostida simillovchi og'riq borligiga va terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlarni sarg'ayishiga shikoyat qilib keldi. Bemorni ko'zdan kechirganda terisi yashil sariq rangdaligi aniqlandi. Bemor qonini tekshirganda bog'langan bilirubin ko'payganligi aniqlandi. Bemor peshobida o't pigmentlari topilib, najas rangi oqargan.

Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz.

Bemor shikoyatlarini aytib o'ting.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Hazm qilish tizimi test javob variantlari

1. 1		30. 4	45. 4	60. a
2. 3	16. 1	31. 3	46. 1	61. b
3. 4	17. 1	32. 1	47. 2	62. a
4. 1	18. 2	33. 4	48. 2	63. v
5. 2	19. 2	34. 3	49. 1	64. v
6. 3	20. 4	35. 2	50. 3	65. a
7. 4	21. 1	36. 1	51. b	66. a
8. 4	22. 3	37. 4	52. a	67. b
9. 3	23. 2	38. 2	53. b	68. g
10. 1	24. 1	39. 1	54. c	69. a
11. 1	25. 2	40. 4	55. a	70. g
12. 3	26. 1	41. 3	56. b	71. g
13. 1	27. 2	42. 2	57. a	
14. 2	28. 1	43. 1	58. g	
15. 1	29. 1	44. 1	59. v	

Nazorat savollari .

Test savollarini eching;

Gepatobiliar kasalliklar bilan kasallangan bemorlarni sub'ektiv va ob'ektiv tekshirish usullarini aytib bering.

Gepatobiliar kasalliklar bilan kasallangan bemorlarni laborator tekshirish usullarini aytib bering.

Gepatobiliar kasalliklar bilan kasallangan bemorlarni instrumental tekshirish usullarini aytib bering.

Surunkali persistirlovchi gepatitlar to'g'risida malumot bering.

Surunkali faol gepatitlar to'g'risida malumot bering .

Jigarining portal tsirrozi to'g'risida malumot bering .

Jigarining biliar tsirrozi to'g'risida malumot bering.

Jigarining posnekrotik tsirrozi to'g'risida malumot bering.

Surunkali xoletsistit haqida malumot bering.

Surunkali pankreatit haqida malumot bering.

Jigar usti sariqligi to'g'risida malumot bering.

Parenximatoz sariqlik to'g'risida malumot bering.

Jigar osti (mexanik) sariqlik to'g'risida malumot bering.
Portal gipertenziya to'g'risida malumot bering.

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.
2. Jigar va o't yo'llari kasalliklari. Vrachlar uchun qo'llanma/B79 V.T. Ivashkin. 2 chi tiraj.-M.: OOO Izdat dom "M Vesti", 2005.-370 b. Il. ISBN 5-901598-12-1
3. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.
4. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b
5. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b
6. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b
7. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b
8. U.B. Sharopov, F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b
9. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 532 b
10. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
11. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
12. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
13. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y

Qo'shimcha adabiyotlar

14. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laborotornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
15. Y.P.Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b
16. M.T. Abramova Gematologicheskii atlas M. Meditsina 1979 y. 320 b
- 17.A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diaqnoz vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b
18. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988 y. v dvux tomax. 973 b
19. Vuddi M i A. Uedan."Praktika". Terapevticheskii spravochnik Vashingitonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
20. Abu Ali Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
21. A.S. Smetnyova., V.G. Kukesa "Vnutrennie bolezni" Moskva. Meditsina 1982y.
22. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
23. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
24. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D., Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
25. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
- 26 Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru.,
www.cardiosite.ru., www.consilium-medicum.ru..

Siydik ajratish tizimi kasalliklari. O'tkir va surunkali pielonefrit va glomerulonefritlar. Asosiy klinik sindromlar (Nefrotik sindrom).

Tayanch atamalar: gematuriya, proteinuriya, leykotsituriya, tsilindruriya, poliuriya, nikturiya, oligiuriya, anuriya, pollakiuriya, glukozuriya, pielonefrit, glomerulonefrit, nefrotik sindrom, Nechiporenko usulida siydik yig'ish, Zimnitskiy usulida siydik yig'ish, Addis-Kakovckiy usulida siydik yig'ish,

Bemorlarni so'rab-surishtirish (interrogatio). Siydik ajratish tizimi kasalliklarida bemorlarni so'rab surishtirish diagnostikada katta ahamiyatga egadir. Bemorlarning asosiy shikoyatlari buyraklar sohasida og'riq, tez-tez siyish, siyganda kuchli achishish yoki og'riqli siyish, siydik rangining o'zgarishi, tanada shishlarning paydo bo'lishidir. Qo'shimcha shikoyatlari umumiy holsizlik, tez charchash, Ishlash qobiliyatining pasayishi va shunga o'xshash boshqa simptomlar aniqlanadi. Ushbu simptomlar ko'p hollarda shifokorni chalg'itib qo'yadi. Buyrak xastaliklarida buyrak kapsulasining kengayishi (o'tkir glomerulonefritda) – buyrak kosachasi (o'tkir va surunkali piyelonefrit) – siydik yo'lining yopilishi buyrakning joylashuvida har xil egilib qolish anomaliyalarida, buyrak to'qimalari ishemiyasi (buyrak infarkti) kasalliklari kuzatiladi.

Og'riq sindromlarini tahlil qilganda, og'riq lokalizatsiyasiga ko'proq e'tibor beriladi. Ko'p hollarda og'riq bel sohasida bo'lib bazan bir tomonlama ko'pincha pielonefritda uchun hamda buyrak toshi, paranefrit uchun xarakterli va ikki tomonlama (glomerulonefritda) og'riqlar kuzatiladi. Bunda aytib o'tish lozimki nefrologik amaliyotda bemorda surunkali glomerulonefritda qattiq og'riqlar kuzatilmaydi yoki og'riqsiz kechadi. Buyrakning og'rish asosan buyrak kapsulasi cho'zilishi natijasida yuzaga keladi.

Buyrakning kuchli suqilishlari oqibatida kelib chiqqan og'riq ko'pincha bel va qorin sohasida tarqaladi. Shamollash natijasida og'riq siydik chiqarish kanaligacha tarqaladi. Asosiy og'riq belgilari kasallik xarakterini belgilaydi. Ba'zan piyelonefritda og'riq ingrash bilan kechadi, siydik yo'lining yopilishi natijasida og'riq kuchayishi mumkin. Bemor ko'pincha notinch sarosimada o'zini tutadi, shu bilan birga bemorda umumiy holsizlik, tez-tez u holatdan bu holatga o'zgarib turishi kuzatiladi. Og'riq o'tkir tus olganda tez-tez qusishlari ham mumkin. Bunday bemorlarda siydik ajralishini buzilishi kuzatiladi. Ba'zi hollarda shuni ta'kidlash lozimki, kasalliklarning kelib chiqishi ayrim omillar bilan uzviy bog'liqdir. Masalan: buyrak siqilishi, qo'zg'alishi, siydik chiqarganda siydik pufagi va siydik chiqarish yo'lida og'riq hosil bo'ladi. Buyraklarda toshlar paydo bo'lganda va siydik nayida toshlar tiqilsa juda kuchli sanchiq bezovta qiladi va bunda og'riqsizlantirishdan boshqa chora qolmaydi.

Bunday hollarda xolinolitiklar, spazmalitiklar va issiq vanna qabul qilish orqali bemor ahvolini yaxshilash mumkin. O'tkir paranefritda bemor sonini bo'g'imiga bukib og'riqni sekinlashtiradi, ya'ni majburiy holatni egallaydi.

So'rov jarayonida ba'zan bemor umuman shikoyat qilmasligi mumkin. Bu asosan xastalikning surunkali (glomerulonefritning latent ko'rinishi) davrida kuzatiladi.

Buyrak siqilishi bilan og'riq bemorlar poliuriya yoki oligauriyadan shikoyat qiladi.

Poliuriya- bu kunlik siydikning 1,8-2,0 l ga oshishidir. Poliuriya (buyrak) nafaqat buyrak kasalligi balki tashqi muhit haroratining pasayishi biror narsadan ta'sirlanishidan, ko'p suv iste'mol qilish, qandli va qandsiz diabet bilan og'riganda yuzaga kelishi mumkin. Bazan tanadagi boshqa shishlarni bartaraf qilish maqsadida siydik haydovchi vasitalar berilganda ham poliuriya kuzatiladi. Poliuriya buyrakdagi reabsorbtsiyani, ya'ni suv so'rilishining pasayishi va buzilishiga olib keladi.

Oligouriya – bu kunlik siydik miqdorining 500 ml dan kamayishidir. Bu simptomga tashqi muhit haroratining yuqori bo'lishi, takror takror ko'p qayd qilish va ich ketishi olib keladi. Oligouriya buyraklar funktsiyasining buzilishi yoki buyrakning surunkali kasalliklarida kelib chiqadi.

Anuriya - siydikning siydik qovog'iga umuman to'planmasligini anglatadi. Bu simptom – buyrakda qonning aylanishi va buyrak parenximasining boshqa kimyoviy moddalar bilan zaharlanishi orqali va buyrakda toshlar paydo bo'lishi orqali, surunkali glomerulonefrit dekompensatsiya bosqichida yuzaga chiqadi. Markaziy va periferik nerv sistemasining ish faoliyati buzilganda siydik ajralishining to'xtamasligiga olib keladi. Bu holat ko'pincha o'tkir tsistit yoki siydik pufagining bo'yini o'smasi bilan bog'liq.

Anuriya juda ham o'tkir xastalik hisoblanib, agar u o'z vaqtida davolanmasa o'limga olib kelishi mumkin.

Yana bir siydik ajratish sistemasining buzilishi dizuriya deyiladi. **Dizuriya** – bu siydik ajralishining buzilishi, og'irlashuvdir. Ishuriya – bu siydik ajralishining to'xtamasligi. O'tkir ishuriya prostata bezining kasallanishi orqali ham kelib chiqishi mumkin.

Pollakiuriya – sutkada olti va undan ko'p marotaba siydikning ajralishi. Bu simptom siydik ajralishi sistemasining zaharlanishi (tsistit, prostatit, uretrit) kelib chiqadi. Ayrim hollarda pollakiuriya nevroz kasalligining kelib chiqishida ham katta rol o'ynaydi.

Ishuriya-bu siydik chiqishining tutilishi bo'lib, bemorlar siydik qopini bo'shata olmaydilar. Bu holat orqa miyani shikastlanishi tufayli yuzaga keladi. Siydik qopi innervatsiyasi buziladi va uning qisqarish faoliyati buziladi.

. **Strangeuriya bu:** qiyin,og'riqli siydik ajralishi

Gipostenuriya siydik nisbiy zichligining 1,009 dan 1,011 gacha pasayishi.

Shish. Buyrak xastaliklarida asosan bemorning yuqori va pastki qovog'ida va yuzida shish kuzatiladi va asosan ertalablari yaqqol namoyon bo'ladi. Bemorlar yuz terisi oqimtir rangda, yuzlari, yuqori pastki qovoqlari shishgan hamda ko'z tirqishlari toraygan (facies nephritica). Kasallikning kechki bosqichlarida shish butun tana bo'ylab tarqaladi (anasarka).



Bunday hollarda siydikda qonning shakliiy elementlari uchrashi natijasida siydik rangi o'zgaradi (mikro-makrogematuriya) kuzatiladi.

Anamnez morbida esa bemor kasalining kelib chiqishi, genlar tekshiriladi va aniq bir tashxis qo'yiladi. Umuman olganda, buyrak xastaliklari birinchi navbatda shamollagandan keyin yuzaga chiqib, ko'pincha angina, tepki, skarlatina, otit, sinusit va boshqa kasalliklardan so'ng glomerulonefrit rivojlanadi. Bemordan o'tkir glomerulonefrit, pielonefrit, tsistit o'tkazganligi yoki shish sindromi, siydik ajralishida buzilishlar, qon bosimi ko'tarilgan yoki ko'tarilmagan, bel sohasida yoki qorinning pastki qismida og'riq bo'lgan yoki bo'lmaganligi so'raladi. Bemorda ish joyida yoki uy sharoitida simob, vismut, kumush, sulema, fosfor preparatlari bilan zaharlanishlar bo'lganligi, dori moddalarning katta peredozirofkasi sulfanilamid preparatlari, gentamitsin, hayot faoliyati davomida qon va uning preparatlari quyilgan yoki quyilmaganligi ham buyrak kasalliklarini diagnostikasida ahamiyat kasb etadi. Bazi bir antibiotiklar, fenatsetin, barbituratlar va kamfora kabi dori moddalar buyrakda allergiya chaqiradi. Kasallik kechish xarakterini so'rash ham ahamiyat kasb etadi (buyraklar aterosklerozi, glomerulonefrit, buyrak amiloidozi. Bunday omillarni so'rab surishtirish buyrak kasalliklar diagnostikasida ahamiyati katta.

Anamnez vitae yig'ishda bemorning tug'ilgan vaqtidan kasal bo'lib murojaat qilgan vaqtigacha sodir bo'lgan o'zgarishlar yig'iladi. Anamnez yig'ilayotgan vaqtda buyrak kasalliklarini chaqiruvchi omillarga ko'proq ahamiyat berish kerak. Bunday omillarga tez-tez shamollash, nam yoki sovuq joyda yashash, organizmning sovuq qotish, sovuq kiruvchi (skvoznyak) joyda turish yoki ishlash kabi omillar pielonefrit, glomerulonefrit kelib chiqishiga turtki bo'lishi mumkin. Hayot davomida o'tkazilgan kasalliklar jinsiy azolar yallig'lanishlari, tuberkulyoz, kollagenozlar, qandli diabet, qon kasalliklari kabi kasalliklar buyrak kasalliklariga olib keladi. Osteomielit, bronxoektaz kasalliklari buyrak amiloidoziga olib keladi. Homiladorlik nefropatiyaga olib keladi. Buyrak va siydik yo'llariga operatsiya bo'lgan yoki bolmaganligi to'g'risida so'rab surishtirish kerak. Irsiy kasalliklar va buyrak kasalliklari avlodida qayd etilganligi so'raladi. Keyin alergologik va epidemiologik anamnez yig'iladi.

Buyrak sohasini tekshirish

Bemorning bel va qorin sohasini tekshirgan vaqtda buyrak kasalligini darhol aniqlab bo'lmaydi, faqat buyrak hajmi kattalashgandagina aniq bir xulosaga kelish mumkin. Buyrakning surunkali va o'tkir xastaliklarida giperemiya, bel va qorinning pastki sohasida shish hosil bo'lishi, siydik pufagining tez-tez to'lishi aniqlanadi.

Buyrakni paypaslash (palpatio)

Norma va patologiyada buyrakni tekshirishda palpatsiya usulidan foydalaniladi, ozg'in odamni palpatsiya qilishda buyrakni paypaslash mumkin. Buyrak palpatsiyasida bimanual palpatsiyadan foydalaniladi. Qo'l ichkariga kiritilgandan keyin bemorga nafas olish tavsiya etiladi, bu vaqtda diafragma pastga tushib buyrak ham pastga tushadi va bu vaqtda buyrakni paypaslash mumkin. Palpatsiya orqali chap buyrakning o'ng buyrakka nisbatdan pastroqda joylashganini bilib olish mumkin bo'ladi. Buyraklarni palpatsiyalashda bemor gorizontol holatda beli bilan yotib oyog'ini cho'zgan holatda, qo'llari ko'krak qafasiga qo'yganidan keyin qorin mushakllari susayadi. Buyrakni paypaslashda shifokor o'ng tomonda turib chap qo'lini bemorning bel sohasiga qo'ygan holda barmoqlarining uchi umurtqa pog'onasining yonida bo'lishi, ko'rsatgich barmoq esa 12-qovurg'aga tegib turishi kerak. Qorin mushaklari bo'shashganda barmoqlar yordamida qorin paypaslanadi, shu bilan bir vaqtda chap qo'l kafti bilan bel sohasi bosiladi. So'ng ikki qo'lni bir-biriga yaqinlashtirib belni qisadilar. Bunday tekshirish usuli ehtiyotkorlik bilan juda ham sekin olib boriladi. Buyraklarni paypaslab tekshirganda ularni shaklini, chegarasini aniqlash mumkin. Demak, me'yorda buyrakning uzunligi 12 sm, kengligi 6 sm, yuzasi silliqdir. Buyrak palpatsiyasida bemor ta'sirlanmaydi, ammo keyinchalik o'zini noxush sezib qayt qilishi mumkin. Buyrak tuzilishining me'yorda bo'lmasligi o'sma yoki shishlarning hosil bo'lishidan darak beradi. Ma'lumki, buyraklar boshqa organlardan o'z elastik tuzilishi bilan ajralib turadi, lekin buyrakning turli xastaliklari (piyelonefrit, paranefrit, buyrak o'smalari) da buyrak elastikligini yo'qotib, aksincha dag'allashadi. Buyrak taloqdan o'zining vertikal va medial joylashuvi bilan farqlanadi.

Bulardan tashqari palpatsiya tekshirish usuli yordamida siydik pufagining to'lgan vaqtida tekshiriladi. Bunday tekshirish usuli, asosan, siydik tosh xastaligini aniqlashda samarali bo'lib hisoblanadi.

Buyrakni paypaslab tekshirib ko'rishimizdan maqsad: Buyrakning katta - kichikligini (hajmini) va qattiq yoki yumshoqligi, yuzasi tekis, notekisligini aniqlashdir. Shakli o'lchamlari yuqoriga pastga va yon tomonga siljishini aniqlash. Og'riq darajasini aniqlash.



Suratda buyrakni paypaslash texnikasi izohlangan.

Palpatsiyani bajarish ketma ketligi:

1. Bemorlarda buyrakni paypaslash vertikal (tik) turgan yoki gorizontol yotgan holatda bo'lishi kerak. Vertikal holatda buyraklar yaxshi paypaslanadi.
 2. Bemorning oyoqlari tizzalari yarim bukilib qoringa tortilgan holatda, mushaklar bo'shashgan va bemorning qo'li ko'krak qafasida turadi.
 3. Tekshiruvchi bemorning o'ng tomonidan, chap qo'l kaftini bemor belining orqa o'ng tomoniga XII qovurg'a tagiga qo'yadi. O'ng qo'l barmoqlarini 45° bukkun holda qorinning to'g'ri mushaklaridan tashqariroqda qo'yadi, bunda barmoq qovurg'alar ravog'iga to'g'ri tushishi kerak bo'ladi.
 4. Barmoq har gal nafas chiqarganda o'ng qo'l barmoqlari uning qorin bo'shlig'i o'ng chetiga tobora chuqurroq kiritiladi va qorinning orqa devoriga qorin terisi orqali qo'l barmoqlariga taqalguncha o'tkazib yetkaziladi.
 5. Bemorga chuqur nafas olish buyuriladi. Bunda buyrakning pastki uchi pastroq tushadi va o'ng qo'l barmoqlari ostiga to'g'ri kelib qoladi, shunda uni bu barmoqlar chap qo'l barmoqlariga qisib oladi.
- Balatirlovchi turtib – turib paypaslash yoki (Gyuyon usuli).
- A) Qo'llar xuddi bimanual palpatsiyadagidek quyiladi;
 - B) Bel tomondan chap qo'l bilan bir necha marta qisqa –qisqa siltovchi yoki turtuvchi harakat qilinadi;
 - G) Buyrak turtki ta'sirida tebranadi;

D) Buyrakning hammasi qo'lga unnasa 2 - darajali (ren mabilis);

E) Hammasi qo'lga unnab o'z joyidan har tomonga siljiy olsa 3- darajali (ren migrans) pastga tushishi.

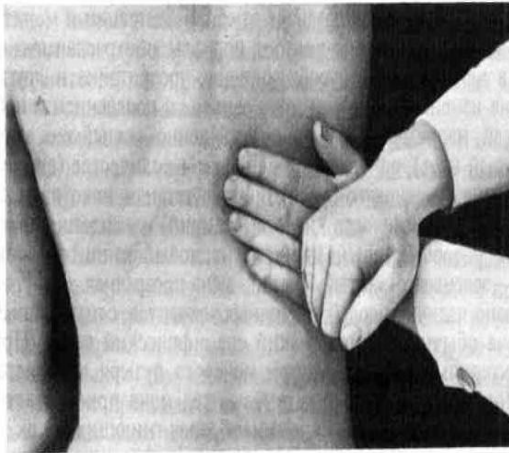
Diagnostic ahamiyati. Palpatsiya orqali og'riq sohaslarini, shakli, siljishi, qattiq – yumshoqligini aniqlash dastlabki diagnozni qo'yishga ahamiyati kattadir.

Buyrak perkussiyasi (percussion).

Pasternatskiy usuli bo'yicha buyraklarni perkutor tekshirish o'tkazish.

Ko'pgina buyrak xastaliklarini to'g'ri va aniq tashxislashda to'qillatib ko'rish usulidan keng foydalaniladi, ya'ni Pasternatskiy usulidan foydalaniladi. Ushbu tekshirish usulini qo'llashda, avvalom bor shifokor bemorning o'ng tomonidan turib, chap qo'lini bemorning 12-qovurg'ani umurtqaga birikish sohasiga qo'yib o'ng q'oli bilan urib ko'radi. Tekshirish olib borilayotganda bemor to'g'ri o'tirgan holatda bo'lishi kerak.

To'qillatib tekshirish usuli, siydik pufagining yuqori qismini aniqlashda ham diagnostik ahamiyatga ega. Buning uchun shifokor o'ng qo'li bilan bemorning kindik tugunchasidan boshlab pastga va yuqoriga yo'naltirib yurgizadi. Agar siydik pufagi bo'sh bo'lsa, timpanik tovush chov sohasigacha saqlanadi. Siydik pufagining to'lish vaqtida esa timpanik tovush pasayadi.



Suratda Pasternatskiy simptomini aniqlash texnikasi izohlangan.

Buyrakni perkussiya usuli yordamida tekshirish asosan og'riqni aniqlash maqsadida o'tkaziladi.

Bajarish texnikasi

1. Chap qo'lni kaftini umurtqa pag'onasining ikki tomonidan simmetrik (buyrak joylashgan joyga) qo'yiladi.

2. O'ng qo'l mushtini yoki qo'l panjasining tashqi qirrasi bilan qisqa-qisqa uriladi

3. Bel sohasiga urib ko'riladigan yuzaga og'riqni sezsa, bu Pasternatskiy simptomining musbatligidan dalolat beradi.

Diagnostic ahamiyati: Ushbu simptom buyrak tosh xastaligida, buyrak tomirlari shikastlanganda buyrak atrofidagi to'qimalar xujayralari yallig'lanishida tashxisi ahamiyatga ega.

Siydik ajratish tizimini tekshiruv asoslari. Urologik amaliyotda tez tibbiy yordam ko'rsatish buyrak xastaliklarida hosil bo'ladigan buyrak sanchig'i tez tibbiy yordam ko'rsatish holatlarining biriga kiradi.

Buyrak sanchig'i ko'pincha siydik tosh kasalligida, siydik nayining bukilib qolishi natijasida yuzaga keladi.

Siydik chiqaruv yo'llarida siydik dimlanib qolishi natijasida buyrak jomida qon bosimi ko'tarilib, buyrak o'lchami kengayadi va kuchli og'riq paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Nefrotik sindrom

Nefrotik sindrom badanning ko'p joylariga shish kelishi, proteinuriya, gipoproteinemiya, giperxolesterinemiya bo'lishi bilan xarakterlanadi. Bu sindrom surunkali glomerulonefrit, homiladorlarda nefropatiya bilan o'tayotgan qandli diabet, amiloidoz, kollagenozlar, sil, sepsis, bezgak va boshqa kasalliklar mahalida paydo bo'ladi. Bu sindrom surunkali glomerulonefritda hammadan ko'ra ko'proq kuzatiladi. Nefrotik sindromning avj olib borishi asosan yog'lar va oqsillar almashinuvining izdan chiqishiga bog'liq. Bunday kasallarning siydigida ko'p miqdorda bo'ladigan oqsil zarralari va lipoidlar buyrak tanachalari devoriga shimilib epitelial hujayralarda distrofik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi.

Klinikasi: hammadan ko'ra ko'zga yaqqol tashlanib turadigan sindromi shishlardir. Ular asta-sekin avj olib borib yuzga, gavdaga, oyoq-qo'llarga tarqaladi. Qorin bo'shlig'i, plevra va perikard bo'shlig'ida va hatto yirik bo'g'imlarning bo'shliqlarida shish suyuqligi to'planib qoladi. Diurez 300-500 ml gacha kamayib oligouriya kuzatiladi. Siydikda bir talay 8-20 g/l miqdorida oqsil bo'ladi. Albumin- globulin koeffitsienti keskin pasayadi. Shishlar paydo bo'lishining sababi gipoproteinemiya. Qondagi xolesterin miqdori 20,67 mmol/l gacha ko'payadi. Nefrotik sindrom ko'pincha har xil infeksiyon asoratlar bilan birga davom etadi.

Instrumental tekshirish usullari. Siydik cho'kmasini miqdoriy tekshirish usullari. Laborator mashg'ulot; buyrakni funktsional tekshirish sinamalari: (Zimnitskiy, Nechiporenko, Reberg, Addis-Kakovskiy)

Rentgenologik tekshirish.

Oddiy rentgenologik suratlarida buyrak, siydik chiqaruv yo'llari va qovuq ko'rinmaydi. Faqat juda ozg'in odamlarda umurtqa pog'onasining ikki tomonida XI ko'krak va III bel umurtqalari sohasida oval shaklidagi soyani aniqlash mumkin. Siydik-tosh kasalligida buyraklar joylashgan sohada yoki siydik chiqaruv yo'lida toshning shakli aniq ko'rinadi. Ayniqsa tarkibida oksalat va fosfat bo'lgan toshlar rentgen suratida yaxshi ko'rinadi.

Buyrakning shakli va joylashishi haqida aniqroq ma'lumot olish uchun qorin parda orqasida havo yuborish-retropnevmoperitoneum yoki pnevmoren usulidan foydalaniladi. Bunda buyrakning soyasi yorug' fonda aniq ko'rinadi.

Siydik yo'llarini kontrast moddalar yuborib tekshirishning bir qancha usullar mavjud.

1. Retrograd pielografiya yoki urografiya kontrast moddalar (sergozin, kardiostat, yodamid, triombrast, urogratin, verografin va b.q.) maxsus naycha kateterlar yordamida siydik chiqarish yo'llariga tsistoskop orqali yuboriladi. Tekshirish faqat bir tomonlama olib boriladi, chunki bir vaqtda ikki tomonlama pielografiya qilish mumkin emas. Kontrast modda pastdan yuqoriga ko'tarilib, buyrak jomlarini to'ldiradi. Rentgen suratida siydik yo'li, buyrak kosachalari, jomlarning shakli, buyraklarning joylashishi aniq ko'rinadi. Bu usul ancha qiyin va ko'pgina asoratlar bilan bog'liq bo'lganligi uchun kamroq ishlatiladi.

2. Ekskretor urografiya buyrak orqali ekskretsiya qilinadigan kontrast modda bemorning tomiriga yuborilib, bir qancha rentgen suratlar olinadi. Ularda kontrast modda bilan to'lgan buyrak jomlari, kosachalari, siydik yo'li va qovuq ko'rinadi. Suratlar yordamida buyraklar joylashgan joy, siydik yo'llarining o'tkazuvchanligi haqida aniq ma'lumot olinadi. Buyrak konturlari ham ko'zga tashlanadi. Ular XII qovurg'alar sohasida joylashadi. Siydik yo'llari buyrak jomlaridan o'tmas burchak ostida cho'kib, umurtqa pog'onasi yonida bukiladi va pastga qarab yo'naladi. Kichik chanoqqa kirish joyida ular yana bukiladi va qovuqqa birikadi. Rentgen suratlarida buyrak va siydik yo'llaridagi toshlar ham juda aniq ko'rinadi.

Agar siydik yo'llarida o'tkazuvchanlik buzilgan bo'lsa (tosh, o'smalar yoki tashqi ta'sirlar natijasida), shu yerdan kontrast moddaning o'tishi uzilib qoladi yoki toraygan bo'ladi.

Buyrak arteriyalarini stenozi, aterosklerozi tufayli qon aylanishini buyrakda buzilishini **buyrak angiografiyasi** tufayli aniqlash mumkin. Nefroangiografiya bu rentgenologik tekshirish usuli bo'lib, maxsus kateterlar yordamida son arteriyasidan diostat yoki kardiostat kabi kontrast moddalar buyrak arteriyalari sathidagi aortaga yuboriladi.

Buyrak va siydik yo'llarini ultratovush yordamida tekshirish.

Bu tekshirish usuli keyingi paytlarda keng qo'llanmoqda va u tashxis qo'yishda katta ahamiyat kasb etadi. Exografiya yordamida buyrakning katta-kichikligi, bujmayganligi, shakli, buyrak qobig'ining, jomlarining holati, siydik yo'llaridagi konkrementlar, o'smalar, kistalar va umuman olganda strukturasi aniqlanadi.

Buyrakdan biopsiya olish

Maxsus nefrologiya bo'limlarida buyrak kasalliklarini aniqlashda undan biopstat (kichkina buyrak to'qimasi) olinadi. Buning uchun aspiratsiya qiluvchi shpritsga uzun biopsion igna o'rnatilib, buyraklar joylashgan yerdan kichkina buyrak to'qimasi olinadi va uni morfologik, mikroskopik tekshiriladi. Agar buyrak kasalligini chaqiruvchisini aniqlash lozim bo'lsa, shu buyrak to'qimasidan bir qismi oziqli muhitga ekiladi hamda keyinchalik o'sgan floraning qaysi antibakterial dori moddalariga sezgirliги ham aniqlanadi. Bu usul juda aniq tekshirish usuli bo'lishiga qaramay uncha keng tarqalmagan, chunki o'ziga yarasha asoratlar beradi.

Siydik ajratish tizimini laborator tekshirish usullari

Siydikni tekshirish. Siydikni tekshirish faqatgina buyraklarning funktsional holatini aniqlab qolmay, balki (siydikning klinik va boshqa tahlillari), boshqa a'zolar, masalan, siydik qopi, o't pufagi, jigar kasalliklarini, shuningdek moddalar almashinuvining o'zgarishlarini aniqlab olishga ham imkon beradi.

Tekshirish uchun ancha kontsentrlangan holda bo'ladigan ertalabki siydikdan foydalaniladi, uni bemor kasalxonaga kelib yotganidan keyingi birinchi kuni ertalab olinadi. Keyinchalik 7—10 kunda kamida 1 marta siydik tahlil qilib turiladi (bemor kasalxonada yotgan davrda).

Davolash jarayonida, operatsiyalar qilingandan keyin, kasalga qon quyishdan avval yoki keyin boshqa a'zo hamda tizimlardagi patologik o'zgarishlarni siydikni ancha tez-tez klinik analiz qilib turish zarur bo'ladi. Ayol kishining siydigini olishdan avval tashqi jinsiy organlarini yuvish lozim, bordiyu, u hayz ko'rgan bo'lsa, kateter yordamida siydik olish kerak. Umumiy analiz uchun 150-200 ml siydik kifoya. Siydikni yaxshilab yuvilgan idish yoki tagiga tutiladigan tuvakka olinadi. Tuvakdan siydikni laboratoriyaga jo'natish uchun toza shisha idishga quyib olish lozim. Bakteriya va zamburug'larni aniqlash (ekib, undirib ko'rish) va biologik tekshirish uchun siydik olishdan avval tashqi jinsiy a'zolari dezinfektsiyalovchi eritma (masalan, furatsilin yoki kaliy permanganat eritmasi) bilan yuvish va steril kateter bilan maxsus idishga 15—20 ml siydik olib, uning og'zini darrov berkitish zarur. Olingan siydikka antiseptik moddalar qo'shilmaydi. Har xil sharoitlar ta'siri bilan jismoniy ish natijasida, badan qizib ketganida, ichilgan suyuqlik miqdori, iste'mol qilingan ovqatning xususiyatlariga qarab, hattoki odam ortiqcha his-hayajonlarga berilganida siydik o'z xossalarini o'zgartirib qo'yadi.

Laboratoriya tekshiruvi uchun siydik yig'ish. Kerakli ashyolar: toza shisha idish, yo'llanma, plasmas probirka.

Muolaja algoritmi: Siydik tahlili bemorni umumiy tekshirishda ma'lumotning muhim tarkibiy qismi hisoblanadi.

Siydik yig'ishdan oldin bemorning jinsiy a'zolari yaxshilab yuviladi. Hayz ko'rish davrida siydik tahlili olish 2-3 kun tugaguncha va 5-7 kun tsistoskopdan song tavsiya qilinmaydi, bordiyu bunga zarurat bo'lsa, siydikni kateter yordamida olinadi.

Umumiy tahlil uchun siydik yig'ish. Buning uchun 12 ml siydik kerak bo'ladi. Umumiy tahlil uchun yig'ilgan siydik 1,5-2 soatdan ortiq **saqlanmasligi** kerak va 2-8°C dan yuqori bo'lmagan harorat bo'lishi kerak. Bemor 100—200 ml ertalabki siydigini toza quruq, shisha idishga yig'ishi lozim. Idishga bemorni ismi sharifi, tekshirish kuni hamda maqsadi yozilgan qog'oz kleylanadi va laboratoriyaga jo'natiladi.

Siydikni bakteriologik tekshirish. Siydik olish uchun 12 ml li yashil rangdagi **SARSTEDT** probirkasi to'ldiruvchi qismi bilan ishlatiladi va bakteriyalar ko'paymasligi uchun Borat kislotasi o'zida saqlaydi.



Borat kislotasi bakteriyalarni 48 soat davomida ko'payishiga yo'l qo'ymaydi, albatta xona haroratida.

Nechiporenko usulida siydik yig'ish. Bemorga siydik yig'ishning bu usuli tushuntiriladi. Buning uchun bemorning tashqi jinsiy a'zolari yuviladi va siydikning «o'rta qismi» toza idishga yig'iladi. Analiz uchun ertalab uyqudan so'ng siydikning o'rta qismi idishga olinadi. Yoki sutkaning istalgan vaqtida olish mumkin. Birinchi va oxirgi portsiya unitiazga yuboriladi. Siydik olish uchun 12 ml li sariq rangdagi **SARSTEDT (urine)** probirka shpritsdan foydalaniladi. Buning uchun toza idishda siydik olinadi va idishdan siydik shprits orqali olinadi. Shprits sariq kalpachok bilan burilib yopiladi va bu kalpachokda porshen mavjud. Shprits siydikka tushirilgandan so'ng porshen tortiladi va shprits siydikka to'ldiriladi to belgilangan nuqtagacha yani 12 ml gacha. Siydik olingandan so'ng kalpachok yaxshilab yopilib keyin sindiriladi.



Tahlil uchun 2—3 ml siydik yetadi. Yo'llanma yozilib, siydik iliqqligida

laboratoriyaga jo'natiladi. Tekshirishda 1 ml siydik tekshiriladi va normada eritrotsitlar 1000, leykotsitlar 4000, silindrlar 220 tagacha bo'ladi, buyrak kasalliklarida bular miqdori oshadi.

Zimnitskiy usulida siydik yig'ish. Bemorga bir kun oldin siydik yig'ish qoidalari tushuntiriladi. Bemor ertalab soat 6 da qovug'ini bo'shatadi va siydikning bu qismi to'kib tashlanadi, so'ngra u kun mobaynida 3 soatlik tanaffus bilan har gal alohida idishga siydigini yig'adi, hamshira bir kun avval kechqurun 8 ta toza shisha idishni tayyorlab ularning har biriga bemorning ismi sharifi, idishning tartib raqami yozilgan qog'oz yopishtirib qo'yadi. Bemor ertalab soat 9 dan boshlab ertasiga soat 6 gacha 8 marotaba qovug'ini bo'shatishi lozim. Siydikning barcha qismi laboratoriyaga jo'natiladi. Kunlik siydik miqdorini o'lchab tungi va kunduzgi diurez aniqlanadi. Kunduzgi diurez (ertalab soat 9-18 gacha) tungidan ko'p bo'lishi kerak. Me'yorda u umumiy diurezning taxminan 2/3 qismini tashkil etadi. Soat 22.00 -6.00 gacha bo'lgan siydik miqdori tungi diurez hisoblanadi. Sog'lom kishilarda bu umumiy diurezning 1/3 qismini tashkil qiladi. Umumiy kunlik siydik miqdori odatda bir kunda ichilgan suyuqlikning 65—75% dan iborat bo'ladi. Kunduzgi diurez tungidan ko'p bo'lsa va siydikning nisbiy zichligi 1,008 dan 1025 gacha o'zgarib tursa buyraklarning funktsional qobiliyati yaxshi hisoblanadi. Siydik nisbiy zichligining pasayishi buyraklar faoliyatining yetishmovchiligidan darak beradi.

Addis-Kakovskiy usulida siydik yig'ish. Bemorga bir kun oldin siydikni qanday yig'ish tushuntiriladi. Bemor siydikni yig'ishdan oldin kechqurun soat 10 larda siydik qopini bo'shatishi va tunda hojatga bormasligi lozim. Erta bilan soat 8 da siydik toza shisha idishga yig'iladi va laboratoriyaga jo'natiladi. Addis-Kakovskiy usulida bemorlardan 10 soatlik siydigi yig'iladi, 12 minutlik miqdori 1/50 qismi olinib sentrifuga qilinadi va mikroskop ostiga Goryaev kamerasida ko'radi va sutkalik miqdoriga hisoblaydi. Normada eritrotsitlar 1 mln, leykotsitlar 2 mln, silindrlar 20 ming, kasallarda eritrotsitlar miqdori oshadi.

Eslatma: Siydikni tekshirish uchun asosan ertalab olinadi. Leykotsit, eritrotsit va tsilindrlar (soni), qon elementlarini aniqlash uchun yig'ilgan siydik tahlilxonaga 1 soat ichida olib boriladi. Yorliqda umumiy tushuntirish ma'lumotidan tashqari siydikning umumiy miqdori yoziladi. Sinamani o'tkazishga monelik qiladigan hollar yo'q. Agar siydik miqdorining biror qismi shishaga sig'may qolsa, qoldig'i ikkinchi shishaga quyiladi va qog'ozga qo'shimcha siydik miqdori deb yozib qo'yiladi.

Bemorlardan Ambyurje usulida siydik yig'ish uchun 3 soatlik siydik miqdori yig'iladi, qonning shakliy elementlari faqat 1 minutlik siydik miqdoriga hisoblanadi.

Qand miqdorini tekshirish uchun siydik yig'ish. Bemor siydigini bir kecha-kunduz davomida yig'ishi lozim.

Erta bilan soat 8 da bemor siydik qopini bo'shatishi lozim. Bir kecha-kunduz mobaynida yig'ilgan siydik bitta idishga yig'iladi.

Barcha idishlardagi siydik yaxshilab aralashtirilib, undan 100-200 ml kichikroq idishga solinib tahlil uchun yuboriladi.

Siydikni diastazaga olish. Bu tekshiruv uchun 50 ml qonservantsiz yangi siydik olinib, laboratoriyaga jo'natiladi.

Reberg sinovi. Bir minutda buyrak tugunchalari orqali qancha plazma filtratsiya qilinishi va qancha qayta so'rilishini aniqlash uchun kreatininni qonda va siydikda aniqlash usulidan foydalanish mumkin. Kreatininni faqat tugunchalarda filtratsiyalanib, buyrak naychalarida qayta so'rilmaydi.

Reberg sinovini bemorga kreatinin ichirib va ichirmasdan o'tkazish mumkin.

Birinchi usulda bemorga nahorga 3 g kreatinin va 500-1000 ml suv ichiriladi va qovuq bo'shagandan keyin vaqt belgilanadi. Keyin siydik har soatda alohida idishlarga yig'iladi va har soat oralig'ida venadan qon olinadi. Qonda va siydikda kreatinin miqdori aniqlanadi.

Agar bir minutdagi plazma filtratsiyasini Φ , diurezni Π deb belgilasak, $\Phi = \frac{C_{kr}\Pi}{P_{kr}}$ formula kelib chiqadi. C_{kr} —siydikdagi kreatinin, P_{kr} — plazmadagi kreatinin. Suvning kanalchalardagi reabsorbtsiyasi quyidagi formula orqali aniqlanadi: $(\Phi - \Pi) \times 100$ va sog'lom odamda u 98,5-99% ni tashkil qiladi.

Ikkinchi usul bo'yicha bemor ertalab qovug'ini bo'shatgandan keyin 1 soatdan so'ng venadan qon olinadi, 2 soatdan keyin yana siydik yig'iladi, shundan so'ng qonda va siydikda kreatinin miqdori aniqlanadi.

Sog'lom odamda Reberg sinamasi bo'yicha tuguncha filtratsiyasi 100-150 ml/min. bo'ladi.

Buyrak etishmovchiligida filtratsiya 30-10 ml/min.gacha, uremiyada esa 1-2 ml/min.gacha kamayib ketadi.

Nefritlar simptomatologiyasi. O'tkir va surunkali pielonefrit, glomerulonefrit. Etiologiya, patogenez, klinik variantlari.

O'tkir pielonefrit

O'tkir pielonefrit to'g'ridan-to'g'ri buyrak jomlari va buyrak to'qimasiga mikroblar o'tib qolishi munosabati bilan kelib chiqadigan infeksion kasallikdir. O'tkir pielonefrit bir tomonlama va ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Bu kasallik birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Ikkilamchi pielonefrit buyrak va siydik chiqarish yo'llarining boshqa kasalliklarining o'tishini og'irlashtirib qo'yadi. Birlamchi pielonefrit ko'pincha ayollarda, ikkilamchisi ko'proq erkaklarda uchraydi.

Etiologiyasi va patogenez: Kasallikning etiologik omillari bo'lib, infeksiya hisoblanib, asosan surunkali infeksiya o'choqlaridan (buyrak toshlari, surunkali tonzillit, angina, sepsis, qorin tifi va b. q.) buyrakka tushadi. Bu kasallik buyrak va jomlariga mikroorganizmlar o'tishi natijasida kelib chiqadi. Infeksiya siydik yo'li teshigidan (retrograd) yoki siydik yo'lining limfa hamda tomirlar sistemasi orqali gematogen yo'l bilan buyrak jomlari yoki buyrak to'qimalariga o'tishi mumkin. Infeksion-yallig'lanish kasalligining kelib chiqishi mikroorganizmning patogenligiga ham, organizmning reaktivligiga ham bog'liqdir. Buyraklarda siydik turib qolishi pielonefrit rivojlanishiga qulaylik tug'diradi. Erkaklarda ko'pincha buyrak-tosh kasalligi, prostata bezi adenomasi paytida buyrakda siydik turib qoladi. Ayollarda kasallik boshlanishiga homiladorlik qulaylik tug'diradi, bunda bachadon kattalashib, siydik yo'llarini bosib qo'yadi. **Klinikasi:** Bu kasallik ko'pincha klinik uchlik simptom bilan kechadi: varaja qilishiga, keyin harorat ko'tarilishi, belda og'riq bo'lishi va ko'pincha bir tomonlama og'riq, dizurik hodisalar bilan xarakterlanadi. Bosh og'riqlari, siydik rangining o'zgarishi, ya'ni loyqalanishi bezovta qilib turadi. Beldagi og'riqlar odatda simmilab og'riq beradi, odam o'zining holatini o'zgartirganida kuchayadi. Homiladorlar pielonefriti alohida kasallik formasi bo'lib hisoblanadi. U subfebril temperatura va kam simptomli klinik manzara bilan ajralib turadi. Bel sohasida og'riq va dizuriya odatda bo'lmaydi. Simptomatikaning kamchil bo'lishi, ko'p isitma chiqmasligi, og'riqlar va dizuriya bo'lmasligi diagnostikani qiyinlashtirib qo'yadi. Homiladorlar siydigini takror-takror analiz qilib ko'rish to'g'ri diagnoz qo'yishga yordam berishi mumkin. Buyrak hajmi kattalashgan bo'lsa palpatsiya qilib ko'rilganda paypaslanadi va og'rigli bo'ladi. Perkussiya qilib ko'rilganda Pasternatskiy simptomi musbat bo'lib chiqadi. Bemorlar qoni tekshirilganda leykotsitoz (30000-40000), aneozinofiliya, neytrofillar soni ko'payib, mielotsitlarga siljish kuzatiladi. Siydikda ko'p miqdorda (piuriya, bakteriuriya) leykotsituriya, proteinuriya 0,5-1,0 g/l, epitelial, leykotsitlar va donador tsilindlar, arzimasi miqdorda gematuriya topiladi. O'tkir pielonefrit paytida siydikda ichak tayoqchasi, stafilokokk, vulgar protey, enterokokk topiladi. Bemorlarni rentgenologik, UZI, kompyuter tomografiya, radioizotop renografiya (skanirlash) tekshiruvlaridan o'tkazilishi ma'qul. Buyrak parenximasida yallig'lanishlarni va buyrak kattalashganligini aniqlash mumkin.

Surunkali pielonefrit

Surunkali piyelonefrit buyrakning oraliq (interstitsial) to'qimasining bakteriyalar ta'siri tufayli o'ziga xos surunkali yallig'lanishi bo'lib, buyrak jomlari va parenximasi shikastlanadi. Ko'pchilik hollarda surunkali piyelonefrit o'tkir piyelonefritning to'liq davolanmasligi tufayli kelib chiqadi.

Etiologiyasi va patogenez. Surunkali piyelonefritni ichak tayoqchasi va enterokokklar keltirib chiqaradi. Siydik ekib ko'rilganda, bulardan tashqari, streptokokk, staflokokk, vulgar protey, shuningdek xilma-xil boshqa mikroorganizmlar topiladi. Siydikdagi mikroorganizmlar turi va mikroorganizmlarga antibiotiklarning ta'siri kasallikni davolash jarayonida o'zgarishi mumkin. Infeksiya buyrak to'qimalariga quyidagi yo'llar orqali o'tadi: 1. Qon orqali. 2. Siydik chiqaruv yo'llarining devori orqali. 3. Siydik qopi — siydik chiqarish naychasi refluyksi natijasida, 4 limfogen yo'l orqali. Siydik yo'llarining infeksiyasi kasallikning avj olishiga yo'l ochadi. Piyelonefrit ba'zan tez o'tadigan interstitsial nefritdan keyin ham rivojlanadi. Endogen va ekzogen zaharlar, ayrim dori moddalari (gentamitsin) ta'siri ostida ham vujudga kelishi mumkin. Autoimmun o'zgarishlar piyelonefrit rivojlanishiga turtki bo'ladi. Buyrak toshi, siydik yo'lining toshi yoki uning torayib qolishi, qiyshayishi, uning tashqaridan o'smalar tasirida qisilishi, siydik ajratish yo'llarining g'ayritabiiyligi piyelonefrit keltiruvchi omillardan hisoblanadi. Piyelonefrit qandli diabet, podagra, kolit, prostatitga chalingan surunkali kasallarda, homilador ayollarda va tizimli kasalliklardan keyin ko'proq uchraydi.

Patologik anatomiyasi. Surunkali piyelonefrit uchun patologik jarayonning buyrak jo'mragi va buyrakning miya qavatidan po'stloq qavati tomoniga qarab tarqalib borishi xosdir. Pirovardida shikastlangan buyraklar g'adir-budur, bujmaygan, ancha kichiklashgan bo'ladi. Buyrak massasi 50-60 g gacha kamayib ketishi mumkin. Aksariyat holatlarda buyrak kattalashadi. Buyrak to'qimasining bazi hijayralarida kapsulaga o'ralgan yallig'lanish o'choqlari saqlanib qoladi. Bu kasallikdan o'lgan bemorlar buyragi morfologik tekshirilganida buyrak kattalashadi, loxanka, buyrak to'qimalarida, shilliq qavatlarida yalli'lanish, shish, yaralar, yiringli uchaskalarini ko'rishimiz mumkin.

Klinikasi. Kasallikning belgilari uning turiga va bosqichiga, qanday kechayotganligiga, dardning bir yoki ikkala buyrakka tarqalganligiga, siydik yo'llari o'tkazuvchanligining qanchalik buzilganligiga bog'liqdir. Surunkali piyelonefritning quyidagi turlari: 1) yashirin kechadigan; 2) xuruj bilan kechadigan; 3) qon bosimi oshishi bilan kechadigan; 4) azotemik turlari tafovut qilinadi. Yashirin turi klinik belgila'ining juda ham kam bo'lishi bilan ifodalanadi. Kasallar umumiy darmonsizlik, tez charchab qolish, ba'zan subfebril harorat ko'tarilishidan shikoyat qiladilar. Ba'zan kasallarda siydik tez-tez (pollakiuriya), kam, achishib ajraladi. Pasternatskiy simptomi musbat bo'lib chiqadi, buyrak sohasidagi og'riq kasallik qo'ziganda kuchayadi. Asta-sekin siydikning nisbiy zichligi pasayib boradi (1006-1008). **Labarator tekshirish.** Bemorlarning qonida mochevina va siydik kislota ko'payadi va natijada uremiya rivojlanadi, siydigida asosan piuriya (ko'p miqdorda leykotsitlar) hamda bakteriuriya bo'ladi. Siydikni laboratoriyada tekshirganda arizmas darajada oqsil ajralishi, ko'p oq qon tanachalari (leykotsituriya) va bakteriya ajralishi topiladi, Addis-Kakovskiy, Nechiporenko usulida tekshirish leykotsituriyani tasdiqlaydi. Piyelonefritning qaytalanadigan turi hammasidan ko'ra ko'proq uchraydi. U remissiya (kasallikning qaytib qolgan) davri va qo'zib turadigan davrlarining navbatlashib turishi bilan xarakterlanadi, har xil sabablarga ko'ra piyelonefrit qaytalanishi mumkin. Ko'pincha grippdan keyin, sovgotganda, siydik yo'llari, siydik qopchasi qayta yallig'langanda, bemor holsizlanganda piyelonefrit xuruj qiladi. Kasallar bel sohasida g'alati sezgi borligi, dizurik — siydik chiqishining o'zgarganligi tana haroratining 37-38°C ga ko'tarilayotganidan shikoyat qiladilar. Kasallik zo'rayib borgan sayin qon bosimi ko'tarilib boradi (180/100 dan 250/140 mm. sim. ust. gacha). Ayniqsa, diastolik bosim baland bo'lib turadi. Gipertoniya kelib chiqishida renin — angiotenzin — aldosteron tizimi asosiy o'rin egallaydi. Siydikda oqsil, leykotsitlar, silindrlar ko'payadi, bakteriyalar, eritrotsitlar topiladi. Kasallik xuruj qilgan davrda o'rtacha kamqonlik rivojlanadi, eritrotsitlarning cho'kish tezligi (ECHT) tezlashib, 20-30 mm/s bo'lishi mumkin. Qonni tekshirganda neytrofil leykotsitlar topiladi. Qon bosimining oshish turi xafaqon kasalligiga xos belgilar bilan namoyon bo'ladi. Bosh og'rig'i, bosh aylanishi, hansirash, yurak sohasida og'riq, yurak urishi, ba'zan siydikdagi o'zgarishlar vaqti-vaqti bilan namoyon bo'lib turadi. Ana shu davrda qon bosimining baland bo'lishi surunkali piyelonefritning yagona belgisi hisoblanadi. Qon bosimi turg'un balandlashgan bo'ladi va yomon oqibatlarga olib keladi. Asta-sekin buyrak yetishmovchiligi, azotemiya boshlanadi, qonda qoldiq azot, mochevina, kreatinin me'yordan oshib keiadi, siydik kislota ko'payadi va natijada uremiya rivojlanadi, siydigida asosan piuriya (ko'p miqdorda leykotsitlar) hamda bakteriuriya bo'ladi, surunkali buyrak yetishmovchiligi avj oladi. Ko'ngil aynishi, qusish, holsizlik, ozib ketish va laboratoriya tekshirishlarida olinadigan ma'lumotlar buyrak yetishmovchiligi uchun xos bo'ladi. Shular jumlasiga poliuriya, gipoizostenuriya, nikturiya, pollakiuriya kiradi. Proteinuriya, gematuriya, leykotsituriya, silindruriya bilinar-bilinmas bo'ladi. Azotemiya esa turg'un bo'lib, ko'payib ketadi. Bemorlarni rentgenologik, UZI, kompyuter tomografiya, radioizotop renografiya (skanirlash) tekshiruvlaridan o'tkazilishi ma'qul. Buyrak parenximasida yallig'lanishlarni va buyrak hajmi kichrayganligini aniqlash mumkin, bazan buyrak hajmi kattalashishi ham mumkin.

Kechishi. Surunkali piyelonefrit 10-15 yilgacha davom etadi va bundan ham ko'proqqa cho'ziladi. Vaqt o'tishi bilan yallig'lanish jarayoni buyrakdagi kanalcha va koptokchalarning nobud bo'lishi va buyraklarning bujmayib qolishiga olib keiadi. Kasallikning oxirgi davrida surunkali buyrak yetishmovchiligi avj oladi. Piyelonefritda surunkali uremiyaning o'tishi surunkali glomerulonefritdagidan ko'ra sustroq zo'rayib borishi bilan ajralib turadi. Zo'r berib davo qilinadigan bo'lsa, uremiya ham qaytib ketishi mumkin. Surunkali piyelonefrit tashxisini anamnez ma'lumotlariga, klinik o'tish xususiyatlariga, siydikni laboratoriyada tahlil qilish, rentgenologik va radioizotop yo'li bilan tekshirish natijalariga asoslanadi. Surunkali piyelonefritga gumon tug'ilganda siydikni takror-takror tekshirib ko'rish zarur. Addis-Kakovskiy yoki Nechiporenko usuli bo'yicha siydik cho'kmasida leykotsitlar miqdorini tekshirish leykotsituriyani aniqlashga imkon beradi. Surunkali piyelonefritni tasdiqlovchi yana bir belgi siydikda harakatchan leykotsitlar-Shterngeymer-Malbin tanachalarining topilishidir. Bu leykotsitlar oddiy tekshiruv natijasida topilmasa, bemor tomiriga 20 ml prednizolon yuborib bir soat davomida siydik bilan ajraladigan leykotsitlar soni sanaladi. Agar leykotsitlar soni 0,4' 10⁶/1 va undan ko'proq bo'lsa, surunkali piyelonefrit tashxisini qo'yish mumkin. Rentgenologik usullar ichida ekskretor urografiya va retrograd piyelografiya to'liq malumot beradi. Bitta buyrak shikastlanganda J131 gippuran bilan renografiya qilish shikastlanish darajasini aniqlashga imkon beradi. Ultratovush yordamida tekshirib buyrak jom kosacha qismida to'qimalar zichlashgani, jom va kosachalar kengayib qiyshiq holga kelganini ko'rish mumkin. Siydik cho'kmasidan ekib ko'rish kasallik chaqirgan bakteriyalarni va ularning qaysi dorilarga sezgiriligini aniqlashga yordam beradi. **Qiyosiy tashxisi.** Surunkali piyelonefritni surunkali glomerulonefrit, buyrak amiloidozi, nefrosklerozdan farqlash kerak. **Davosi.** Kasallik xurujida bemorlar kasalxonaga joylashtiriladi. Surunkali

piyelonefritning hamma turlarida o'tkir taomlar, tabiiy kofe, ichkilik ichish taqiqlanadi. Ovqat kaloriyali va vitaminlarga boy bo'lishi kerak, ichiladigan suyuqlik miqdori kuniga kamida 2 l bo'lishi lozim. Natriy mikroelementiga va tuz iste'moli birmuncha cheklanadi (kuniga 2 g gacha) gipertoniya mudom saqlanib turaversa, kishiga faqat meva yeyish buyuriladi. Kamqonlikda sabzavot, temirga boy masalliqalar ratsionga qo'shiladi (olma, anor). Davoning asosiy yo'nalishi (antibakterial) bakteriyalarga qarshi usuldir. Antibakterial preparatni tanlashda siydik ekib ko'riladi. Qanday bakteriyalar borligi aniqlanadi. Ana shu mikroblarning antibiotiklarga sezgirligi tekshirib ko'rilgandan keyin kerakli antibiotik qo'llash zarur. Davolashni penitsillinni katta dozada yuborishdan boshlash lozim, kasallikning yengil formalarida bir hafta davomida kuniga 4-6 g dan sulfanilamidlar qo'llaniladi (urosulfan). Antibiotiklardan-polin, nitroksolin, kanefron, penitsillin, eritromitsin, tetratsiklin, levomitsetin, sefamizin, kefzol, klofaran va boshqalar buyuriladi. Nitrofuran birikmalari (furazolidon, furodonin, furozolin) ishlatiladigan bo'lsa, yaxshi natija olinadi. Bular 7-10 kun davomida 0,1-0,15 g dan kun davomida 3-4 mahal beriladi. Antibiotiklar bilan birgalikda negram, nevirgramon, 5-NOK ham ishlatiladi. Bakteriyalarga qarshi davo qilib borish bilan bir qatorda B, C, A vitaminlari ishlatiladi. Gipertoniya bo'lsa qon bosimini tushiradigan gipotenziv dorilar buyuriladi. Yordamchi davo usuli sihatgohlarda davolanishdir. Sitorai moxi xosa sanatoriyasi, Morshin, Truskaves, Yessentuki, Jeleznovodsk, Bayramali, Buxoro balneologik kurortlari yaxshi yordam beradi. U yerda bemorlar kam mineralli suv ichadilar, ularga balneoterapiya va fizioterapevtik muolajalar qilinadi. Kasalda gipertoniya, sezilarli anemiya, buyrak yetishmovchiligi bo'lsa, sihatgohlarda davolanish tavsiya etilmaydi. Agar surunkali piyelonefrit bir buyrakda bo'lsa, uni jarrohlik yo'li bilan olib tashlansa, bemor sog'ayib ketishi mumkin. Profilaktikasi: Siydik yo'llari va ulardan tashqaridagi infektsiya o'chog'ini, shuningdek siydik chiqarish yo'llaridagi mahalliy o'zgarishlarni bartaraf etish, tana reaktivligini kuchaytirish, o'tkir piyelonefritni to'liq davolash surunkali piyelonefritning oldini oladigan omillardan hisoblanadi. Homilador ayollarda ko'p uchraydigan belgisiz bakteriuriyaga ahamiyat berish lozim.

O'tkir glomerulonefrit

Glomerulonefrit - buyraklar koptokcha apparati tomirlarining yallig'lanishi bilan ifodalanuvchi immunoallergik kasallikdir. Buyrak koptokchalarining hammasi yallig'lansa yoki kichik bir qismi yallig'lansa, o'choqli glomerulonefrit deb ataladi. Kasallikni etiologik omillari bu A guruhga mansub betta gemolitik streptokokklar, asosan infektsiya gematogen yo'l orqali surunkali infektsiya o'choqlaridan buyrakka tushadi va kasallik rivojlanadi (otit, sinusit, skarlatina, tanzilit, tishlar kariesi, pnevmoniya va b. q.). Glomerulonefrit ko'pincha anginadan, yuqori nafas yo'llari, ba'zan difteriya, o'pka yallig'lanishi, toshmali terlama, ich terlama va asosan streptokokklar qo'zg'atadigan ko'pgina kasalliklardan so'ng, shuningdek virusli kasalliklar, o'ta sovuq ob-havo ta'siri, namgarchilik va boshqa omillar sababli ham yuzaga chiqishi mumkin. Tizimli kasalliklar, nurlanishlarni ham glomerulonefrit rivojlanishiga ahamiyati bor. O'tkir glomerulonefritning rivojlanish jarayonini immunoallergik nazariya bilan tushuntirish odat bo'lgan. Bu nazariyaga asosan angina yoki boshqa streptokokk sababli kasallangan odamning qonidagi streptokokk antigenlari bilan unga qarshi paydo bo'lgan antitana o'zaro birikmalar hosil qiladi. Bu birikmalar qon orqali borib, buyrak koptokchalarining bazal membranasi yuzasiga tushadi. Polinuklearlar biologik faol moddalarni, gistamin va serotoninni ajratib chiqaradi va koptokchalarda o'zgarish, giperergik yallig'lanish paydo bo'ladi. Immun birikmalar hosil qilishda faqat bakteriya antigenlari emas, balki boshqa xil antigenlar (oqsil antigenlar, dori moddalari antigenlari va b.) ham ishtirok etadi. Immun komplekslar tarkibidagi komplementning parchalanishidan hosil bo'lgan moddalar kapillyar tomirlari devorlarining o'tkazuvchanlik qobiliyatini kuchaytiradi. Koptokchalar zararlanishida koagulyatsiya tizimining buzilishi ham katta ahamiyatga ega. Immun guruhlar ta'sirida trombositlar jipslashuvi kuchayadi, qon ivishida ishtirok etuvchi XII omil faollashadi, natijada zardob kallikrinogeni faollashadi, kininlar miqdori ko'payadi, bundan tashqari, trombositning III va IV omillari trombositdan ajralib chiqadi. Natijada, kapillyarlar devoriga fibrin cho'kib oladi. Bunga javoban mezotelial va endotelial hujayralar ko'payib fibrinni qoplab oladi. Shu tariqa gialin substansiyasining tomir devoriga cho'kishi tezlashadi. Fibrinning hajmi xastalikning kechish darajasiga ta'sir qiluvchi omil hisoblanadi. Bunda bemor organizmining rezistentligi va baquvvatligi hamda tashqi muhitning ta'siri ham katta ahamiyatga ega. Koptokchalar kapillyarlari bazal membranasi o'tkazuvchanligi ortishi natijasida siydikdagi o'zgarishlar yuzaga chiqadi. **Patologik anatomiyasi.** Glomerulonefritning o'tkir kechadigan xilida buyrak hajmi o'zgarmaydi, buyrakni qoplovchi parda oson ko'chadi. Buyrakning yuzasida va kesmasida nuqtasimon dog'lar (bo'rtib turadigan qizil dog'lar) paydo bo'ladi. Bu dog'lar yallig'lanish natijasida kattalashgan Malpigi tanachalari (buyrak koptokchalari) dir.

Mikroskopda kuzatilganda kasallikning dastlabki kunlarida buyrak koptokchalarining kattalashgani, qizargani, qizil va oq qon tanachalari shu yerda to'planib, to'xtab qolgani ko'rinadi. Keyinchalik koptokchalar qonsirab ketgani, oqarib, tomirlari yorilib ketgani kuzatiladi. Buyrak klubochkalarini kengayishi va qizarishi, keyinchalik ishemiya kuzatilishi, klubochka kapilyarlarini devorlari kengayishi va ular endoteliysi proliferatsiyasi, kapilyarlar va klubochka kapsulasi o'rtasida oqsilli eksudat to'planishi, qon to'xtab, tromboz bo'ladi va qon quyilish kuzatiladi.

Klinikasi. Bemorlarning asosiy shikoyatlari yuzlarida, qovoqlarida, tanasida, oyoqlarida shish, bosh og'rig'i, ish qobiliyatini, ko'rish qobiliyatini pasayishi, peshobi miqdori kamayishi, rangini o'zgarishiga, hansirashga, bo'g'ilishga shikoyat qiladilar. Tanadagi, qovoqdagi shishlar asosan ertalab namoyon bo'ladi. Bu shishlar keyinchalik tananing boshqa sohalariga tarqaladi, qon bosimining oshishi, siydikdagi o'zgarishlar yani gematuriya, proteinuriya va b.q. O'tkir nefrit keskin boshlanishi ham mumkin, lekin aksariyat hollarda latent kechishi ham mumkin. Kasallikning boshlanishida bilinar-bilinmas belgilar bilan bir qatorda, bemorning yuzi, ko'zlari shishadi, tana harorati ko'tariladi, bosh og'rig'i, holsizlik, siydik miqdori kamayib oligiuriya kuzatiladi. Kasallik 80-90% bemorlarda qovoqlar, yuzda shishlar va rangparlik paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Bemor ertalab ko'zguda o'z aksini tanimay qolish darajasida shishadi, ko'zlari qisilib, yuzi yapaloqlashadi. Teri ostida, o'pka, yurak pardalari orasida, qorinda to'plangan suyuqlik (15-20 kg gacha) tana vaznini oshiradi va 2-3 hafta davomida, asta-sekin davolanish natijasida o'z holatiga qaytadi. Shish sindromiga quyidagilar sabab bo'ladi: 1) koptokchalar shikastlanishi, ularning filtrlash faoliyatining pasayishi, natriy ekskretsiyasi kamayib, reabsorbtsiyaning (qayta so'rilishi) oshishi olib keladi; 2) tanada suyuqlik tutilib qolishi, aylanib yuradigan qon miqdori ko'payishi yani hipervolemiya; 3) ikkilamchi giperaldosteronizm va antidiuretik (ADG) garmon ko'payishi; 4) to'qimatarning aldosteronga bo'lgan sezuvchanligi oshishi, ADG ga nefron distal qismlari sezuvchanligining oshishi va suyuqlikning tanada yanada ko'proq tutilishi; 5) gialuronidaza tizmasida o'zgarish paydo bo'ladi. Kapilyarlar devori o'tkazuvchanligi o'zgaradi; 6) qonning suyuq qismi qon tomirlaridan chiqib bo'shliqlarda va hujayralar oralig'ida to'planadi. Nefrotik sindromda plazmaning onkotik bosimi pasayadi. Gipoalbuminemiya va shishlar ko'p va tez paydo bo'ladi.

O'tkir glomerulonefritning asosiy belgilaridan biri — qon bosimining oshishidir. Qon bosimi 70-90% bemorlarda o'rtacha oshadi va bu buyrakda qon aylanishining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Natriy tuzi bilan suvning badanda to'planishi gipervolemiyaga olib keladi. Qon bosimi oshishi yana koptokchalar zararlanishi natijasida renin-angiotenzin-aldosteron zanjirining ta'sir doirasi kuchayib, buyrakning depressor (tomir tarangligini kamaytirish) faoliyati pasayishi oqibatida yuzaga chiqadi. Arterial qon tomirlarida bosimning keskin ortib ketishi yurak faoliyatini qiyinlashtiradi, bu o'tkir yurak yetishmovchiligi sifatida ko'rinadi (ko'p hollarda chap qorincha yetishmovchiligi). Bu o'tkir yurak yetishmovchiligi inspirator hansirash, yo'tal va yurak astmasi kabi ko'rinishlarda aks etadi. Bemorlarni ko'zdan kechirganda bemorlar ko'rinishiga e'tibor beramiz, teri rangi oqimtir, yuzlari, qovoqlari, badanlarida, oyoqlarida shish borligini ko'rish mumkin. Bemorlarning ko'zi to'r pardasidagi kapilyarlar torayadi va kapilyarda bosim ortib yoriladi va qon quyiladi, shular hisobiga ko'rish qobiliyati pasayadi. Bemorlarni **palpatsiya** qilganda shishlar tarqalganligi va xarakterini hamda puls tekshiriladi va sekinlashganligi aniqlanadi. **Perkussiyada** plevra bo'shlig'ida, perikarda va boshqa bo'shliqlarda transudat to'planganligini aniqlash mumkin. O'pkada bo'g'iq-timpanik tovush eshitiladi. Chap qorincha kengayishi yuz beradi. Yurakning nisbiy to'mtoqlik chegarasi chapga kengayganligi aniqlanadi. O'pkani auskultatsiya qilganimizda o'pkada qattiq nafas bo'lib, nam xriillashlar eshitilishi mumkin, yurakda bradikardiya, I ton yurak uchida susayadi, zo'riqish hisobiga galop ritmi shu erda sistolik shovqin, aortada II ton aktsenti eshitiladi, o'pka arteriyasida II ton aktsenti eshitiladi,. Ko'p hollarda yurak cho'qqisida funktsional xarakterdagi sistolik shovqin eshitiladi. EKG da I, II va III standart ulanishlarda R amplitudasi baland bo'ladi va T tishlari o'zgarishi kuzatiladi, ba'zi hollarda chuqur Q tishi va QRS kompleksining voltaji kamayishi kuzatiladi. Bemorlarni rengenologik tekshiruv o'tkazish uchun vena ichiga buyrak orqali chiqadigan kontrast modda sergozin, kardiostast yuboriladi va buyrak orqali chiqishini rentgenda ko'ramiz. Retrograd pielografiya ham o'tkaziladi, buning uchun sistoskop orqali siydik naychalari orqali naycha kateterlari bilan sergozin, diostast, kardiostast moddalari buyrak laxankalariga yuborilib tekshiriladi.

Bemorlar peshobi miqdori kamayadi, rangi qizaradi, eritrotsitlar va oqsil paydo bo'ladi, mikroskopda ko'rganimizda silindrlar va buyrak epiteliylari ko'rish mumkin. O'tkir nefritning dastlabki belgilaridan biri sutkalik siydikning kamayishidir (400-700 ml), ba'zi hollarda anuriya kuzatiladi. Siydikning kamayishi yallig'lanish sababli koptokchalarda bo'ladigan o'zgarishlar natijasidandir. Chunki yallig'lanish koptokchalarda filtratsiyaning susayishiga olib keladi. Siydikning solishtirma og'irligi va uning nisbiy zichligi o'zgaradi. O'tkir

nefritda siydik sindromi-proteinuriya, tsilindruriya, makro va mikrogematuriya bilan xarakterlanadi. Jarohatlangan koptokchalar kapillyarlari devorlari orqali faqat mayda dispers albuminlarga emas, globulinlar va fibrinogen ham ajralib chiqadi. Siydikda meyorda oqsillar deyarli bo'lmaydi, bo'lsa ham 0,0033 dan ko'p bo'lmaydi. Lekin siydikda oqsillarning ko'payib ketishi faqat dastlabki 7-10 kunlar mobaynida saqlanadi, shuning uchun kech tekshirishlarda siydikda albuminlar miqdori uncha baland bo'lmaydi. Uncha katta bo'lmagan proteinuriya ayrim hollarda kasallikning boshlanishidanoq yuzaga chiqadi, boshqa hollarda esa umuman bo'lmasligi ham mumkin. Siydikda oqsillarning kam miqdordaligi o'tkir nefritda ko'p vaqt saqlanishi mumkin va bu 3-4-6, ba'zida 9-12-oylarda umuman yo'qoladi. Gematuriya — o'tkir glomerulonefritning doimiy belgisidir. 13-15 foiz hollarda makrogematuriya ko'zga tashlanadi, boshqa hollarda mikrogematuriya aniqlanadi, bunda siydik cho'kmasida eritrotsitlar miqdori ko'rish maydonida 10-15 tadan ko'p bo'lmaydi. O'tkir glomerulonefritda 75% bemorda gialin, donali, ba'zan epitelial tsilindrlar topiladi, 25% ida tsilindruriya kuzatilmasligi mumkin. Leykotsitlarning eritrotsitdan kamligini siydik cho'kmasini Addis-Kakovskiy, Nechiporenko usullarida tekshirib bilish mumkin.

Buyrak faoliyati pasaygani tufayli ba'zan qonda azot qoldig'i, mochevina miqdori bir oz ko'payishi mumkin. Azotemiya uzoq davom etmaydi. O'tkir nefritda qon tarkibida gemoglobin va eritrotsitlar kamayishi kuzatiladi. Anemiyaga va gidremiyaga nefrit rivojlanishiga sabab bo'lgan infeksiya (masalan, septik endokardit) olib keladi. Eritrotsitlarning cho'kish tezligi oshadi.

Glomerulonefritning nefrotik, gipertonik va aralash turlari farqlanadi.

Birinchi turi-nefritning tsikli turi keskin boshlanib, shish, hansirash, bosh og'rig'i, bel og'rig'i, siydik miqdorining kamayishi, siydikda oqsil va qon paydo bo'lishi, arterial qon bosimining ko'taritishi bilan ifodalanadi. Shish 2-3 hafta mobaynida kuzatiladi, so'ngra siydik miqdori ko'paya borib (poliuriya) arterial qon bosimi pasayadi, siydikning solishtirma og'irligi kamayadi, lekin proteinuriya, mikrogematuriya uzoq davom etishi mumkin. O'tkir nefritning ikkinchi — yashirin o'tuvchi turi ko'pincha surunkali nefritga o'tadi. Bu turida kasallik asta-sekin boshlanadi, sezilar-sezilmas hansirash, oyoqlarda shish paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Izchillik bilan o'tkazilgan tekshiruvlarda siydik tarkibida o'zgarishlar topiladi, bu o'zgarishlar 2-6 oy davom etishi mumkin.

O'tkir nefrit buyrak eklampsiyasiga olib kelishi mumkin. Eklampsiya arterial qon bosimi baland bo'lganda va haddan tashqari shish ko'payganda rivojlanadi. Buyrak eklampsiyasida bemorning ko'zi zaiflashadi, tez-tez mushaklari tirishib, tomir tortishadi, hushidan ketadi, u tilini tishlab olishi, beixtiyor axlat va siydigini tuta olmasligi mumkin. Bu asorat to'g'ri davolansa tuzaladi.

O'tkir glomerulonefritning yana bir og'ir asorati nefrotik sindrom bo'lib, u ko'p oqsil yo'qotish, nihoyatda og'ir shishlar, qon tarkibida oqsilning kamayishi, disproteinemiya bo'lishi, xolesterinning ko'payishi (giperxolesterinemiya) bilan ifodalanadi. Nefrotik sindromning patogenezi ko'pchilik tomonidan tan olingan immunologik konseptsiyaga asoslangan, nefrotik sindrom rivojlanishida buyrak bazal membranasining buzilishi ahamiyatlidir. Bazal membrana buyrak oqsillariga qarshi antitanalar o'tirib oladi va doimiy ravishda komplementar reaksiya sodir bo'lishiga olib keladi. Nefrotik sindrom avjiga chiqqanda qonda komplement kamayadi. Buyrakka qarshi antitanalar ko'payadi, immunitetga ta'sir qiluvchi dorilar, steroid gormonlarning nefritga ijobiy ta'siri bu kasallikning immunoallergik xususiyatga ega ekanligini tasdiqlaydi. Nefrotik sindrom rivojlanishini izohlovchi ikkinchi taxmin, modda almashinuvi (metabolizm) ning buzilishi konseptsiyasidir. Bu konseptsiya bo'yicha oqsilning siydik bilan qo'shilib chiqishi buyrak koptokchalarining filtrlash xususiyati buzilishi natijasidir. Zamonaviy tekshiruvlarning ko'rsatishicha, nefrotik sindromda buyraklarda va siydikda eruvchan oqsillarning aktivligi oshishi, qonda gistamin ko'payishi, buyraklarda lizosom fermentlarning yuqori kontsentratsiyasi, ularning yallig'lanish reaksiyasini keltirib chiqarishi aniqlangan. Zardobda oqsil muvozanatining buzilishi, ularning mayda dispers oqsil fraksiyalarining chiqishiga hamda organizmda immunologik siljishga olib keladi. Boshqa ma'lumotlar shuni tasdiqlaydiki, oqsil sintezining buzilishi nefrotik sindromda retikuloendotelial tizimning ish qobiliyati o'zgarishi natijasida vujudga keladi. Nefrotik sindromda hosil bo'ladigan qon tarkibidagi yog'larning ko'payishi kompensator xarakterga egadir va bu qon tarkibidagi oqsillarning kamayishi bilan birga kechadi. Patogeneza shishlarni qon tarkibidagi oqsil kamayishi va plazmadagi kolloid osmotik bosimning kamayishi bilan bog'lamaslik kerak. Nefrotik sindromda organizmda natriyning ushlanib qolishi, uning qayta reabsorbsiyasi kuchayishi, giperaldosteronizm bilan ikkilamchi aldosteronning qayta ko'p ishlab chiqarilishi bilan bog'liqdir va bu o'z navbatida qon aylanishining buzilishiga olib keladi. Faqat buyrak kapillyarlari o'tkazuvchanligining kuchayishi emas, balki boshqa to'qimalarda kapillyarlarining immunologik zararlanishi ham nefrotik sindromga olib keluvchi omildir. Klinik nuqtai

nazardan patogenezda eng muhimi oqsilning siydik orqali chiqishi bo'lib, bu nefrotik sindromda kuniga 3 g va undan ko'proq chiqadi. Siydikda oqsilning paydo bo'lishi asosan koptokchalarning bazal membranasining zararlanishi va o'tkazuvchanligining kuchayishiga bog'liq bo'lib, shu bilan birgalikda koptokchalarning filtri orqali yirik oqsil molekulalarining kirishiga bog'liqdir. Yana shuni ham aytish kerakki, podolsitlarning normal funktsiyasi bu bazal membranalarda oqsil molekulalarining kirishiga to'sqinlik qilishidir, podolsitlarning funktsiyasi buzilishi natijasida oqsillar ushlanib qololmaydi va ular bazal membrana orqali kiradi. Shuni ham ko'rsatib o'tish kerakki, o'tkir boshlangan diffuz glomerulonefrit ba'zan o'rtacha o'tkir ekstrakapillyar nefritga olib keladi va uning progressiv kechishi yaqin oylarda surunkali buyrak yetishmovchiligiga sabab bo'ladi.

Tashxisi. O'tkir diffuz glomerulonefritga tashxis qo'yish unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi. Chunki kasallik yoshlarda uchraydi va yaqqol ko'zga tashlanadigan klinik belgilardan boshlanadi. O'tkir nefrit bilan surunkali nefrit qaytalanishi orasida taqqoslash tashxisi o'tkazish qiyinchilik tug'diradi. Bunda kasallikning boshlanishi, infektsiya bilan bog'liqlik (tonzillit, angina, rinit va h.k.dan boshlab o'tkir nefrit holatigacha (1-2 hafta o'tadi) hisobga olinadi. Surunkali glomerulonefritga qon bosimining yuqori bo'lishi, yurakning chap qorinchasi gipertrofiyasi, ko'z tubining yaqqol shikastlanishi xosdir. Siydikdagi o'zgarishlar har xil bo'lishi mumkin, lekin surunkali nefrit uchun siydik zichligi va filtrlash vazifasi pasayishi xosdir (gipostenuriya, izostenuriya), o'tkir nefrit uchun yurak faoliyatining yetishmasligi (hansirash, shishlar, yurak astmasi, bradikardiya), kasallikning o'tkir kelib chiqishi (makro va mikrogematuriya) xos. O'tkir nefritning yashirin turi va piyelonefritning solishtirma tashxisi qiyinchilik tug'diradi. Bunda siydik cho'kmasida eritrotsitlarning leykotsitlardan ustunligi, oqsillarning kamligi, anamnestik ko'rsatmalar yo'qligi, rentgenologik, ultratovush, skanir, radioizotop, biopsiya tekshirishlari yordam beradi. O'tkir nefrit bilan buyrak sili va boshqa buyrak kasalliklari orasida solishtirma tashxis o'tkazish lozim.

Davolash. O'tkir glomerulonefritni davolashda birinchi vazifa ma'lum muddat davomida issiq va quruq xonada o'rinda yotish uchun sharoit yaratishdir. O'tkir glomerulonefrit bilan bemorlar maxsus (bo'lim) kasalxonada davolanishlari lozim. Davolash davrida maxsus 7 parhez taomlar beriladi, suyuqlik, osh tuzi chegaralanadi. Vitaminlar (ayniqsa, vitamin C, kaltsiy tuziga boy ovqat (tvorog, suzma, qatiq, sut, sharbatlar, qand va olma) beriladi. Dorilar bilan davolash ayniqsa, muhimdir. Bunda kasallikning sabablari va patogenetik omillarga ta'sir qilish uchun buyrakka ziyon etkazmaydigan antibiotiklar (penitsillin 2-4 mln, ampitsillin 2-4 mln. kuniga) beriladi. Mikrobg qarshi dorilar (antibiotiklar) o'tkir nefrit biror asosiy infektsiya bilan birga kelganda uzoq davom etadigan septik endokarditda (yurak ichki pardasining yallig'lanishi), xronik tonzillitda qo'llaniladi. Nefritning o'tkir ko'rinishlari pasaygandan 2-3 kun keyin, desensibilizatsiya terapiyasida vitamin C katta dozada ishlatilishi kerak.

O'tkir nefrit kasalligida steroid gormonlar — prednizolon, triamsinolon, deksametazon katta foyda beradi. Prednizolon bilan davolash kasallik boshlangan davrda emas, balki keyinroq, qon bosimi tushganda buyuriladi. Bundan tashqari, nefrotik formasida yoki uzoqqa cho'zilgan o'tkir nefritda hamda siydik sindromida, siydikda gematuriya bo'lganda kortikosteroidlar qo'llaniladi. Prednizolonni kuniga 20 mg dan olish kerak va bu dozani 60 mg gacha oshirish mumkin. Kortikosteroidlar shishlar paydo bo'lganda va siydik sindromida yaxshi natija beradi. Bu preparatlar o'tkir nefritning surunkali shakliga aylanishiga yo'l qo'ymaydi.

Qon bosimi oshganda, shishlar paydo bo'lganda kortikosteroidlar bilan birga qon bosimini tushiradigan adelfan, rezerpin va siydik haydaydigan dorilarni birga qo'llash kerak (gipotiazid, furosemid).

O'tkir glomerulonefritning asorati bo'lgan eklampsiyada qon chiqariladi, magniy sulfat (10 ml 25%), uxlatuvchi va narkotik dorilar beriladi. Ganglioblokatorlar — geksoniydan 10-20 mg, 2,5%-l ml mushak orasiga yuboriladi. Oqibati. O'tkir nefritda butunlay sog'ayish kuzatiladi. O'tkir nefrit kasalligida o'lim deyarli sodir bo'lmaydi. U faqat miyaga qon quyilishi, yurak faoliyatining buzilishi, o'pka yallig'lanishi kabi asoratlar yuz beradi. O'tkir nefrit 1/3 hollarda surunkali turga o'tadi. O'tkir nefritning oqibati ma'lum darajada kasallikning erta aniqlanishi va to'g'ri davolanishiga bog'liq. Hozirgi vaqtda kortikosteroidlar qo'llanilishi tufayli kasallikning surunkali turga o'tishi kamaydi, O'tkir davrda kasallar ish qobiliyatini yo'qotadilar, shu sababli ular kasalxonada yotishlari kerak. Tipik kechishida 2-3 oydan keyin to'la tuzaladi va bemorlarning ishlash qobiliyati to'liq tiklanadi.

Profilaktikasi o'tkir nefritning oldini olish asosan o'tkir infeksiyali (angina, faringit, tanzilit va b.q.) kasalliklardan saqlanish va ularni o'z vaqtida davolash, infeksiyon o'choqlarni bartaraf qilish va uzoq, kuchli sovuq ta'siridan saqlanishga qaratiladi. Siydik sindromi va albumin qoldig'i bo'lsa o'tkir nefrit kasalligi bilan og'rikan bemorlarni dispanserda kuzatilib turish kerak. Kasallik qaytarilmasligi uchun tanadagi infeksiyon

zararlanishlarning oldini olish lozim. Kasal yil davomida sovuqotish, ayniqsa, nam, sovuq ta'siri bilan bog'liq bo'lgan ishlardan o'zini asrashi kerak.

Surunkali glomerulonefrit

Surunkali glomerulonefrit — ikala buyrak koptokchalarining uzoq davom etadigan immunoallergik yallig'lanishidir. Bu kasallik buyrak koptokchalarining asta-sekin shikastlanishi hisobiga buyrak faoliyati susayishi, arterial qon bosimining oshishi va buyrak yetishmovchiligining rivojlanishi bilan ifodalanadi.

Etiologiyasi. Surunkali nefrit o'tkir glomerulonefritdan so'ng va birlamchi surunkali glomerulonefrit sifatida ham rivojlanadi. Surunkali glomerulonefrit immun tabiatli bo'lib, zardoblar, vaksinalar, antigentlar, zaharli moddalar, ba'zi dorilar (gentamitsin), sovuq ta'sirida rivojlanadi. Ba'zi dorilar «o'tkir» zaharli buyrak kasalligigagina emas, balki yalpi glomerulonefrit rivojlanishiga ham olib keladi. Surunkali glomerulonefrit, zaxm, bakterial endokardit, gemorragik vaskulit, tugunli periartrit, sistemali qizil bo'richa, sistemali sklerodermiya kabi tizimli kasalliklar va boshqa kasalliklar natijasida ham rivojlanadi. Kasallik angina, faringit, sinusit kabi surunkali infektsiya o'choqlaridan infektsiya gematogen, limfogen yo'llar orqali o'tishi natijasida ham rivojlanadi. **Patogenezi.** Nefritning surunkali ko'rinishi makroorganizmdagi immunologik, ayniqsa, autoimmun o'zgarishlar darajasiga bog'liq. **Patologik anatomiyasi.** Surunkali glomerulonefritning klinik ko'rinishi va buyrakdagi anatomik o'zgarishlar bir-biri bilan uzviy bog'liqdir. Agar glomerulonefrit klinikasida nefrolit sindrom ustun bo'lsa, buyrak hajmi katta, ustki pardasi oson ajraladigan, yuzasi silliq, och kulrang bo'ladi (katta oq buyrak). Po'stloq qismi kengaygan, och kulrang bo'lib, qizg'ish miya qismidan ajralib turadi. Mikroskopda buyrakning ilon-izisimon naychalari kengayganligini, epiteliy to'qimasida shish, bujmayish, donachali yoki vakuolli distrofiya hodisalarini ko'rish mumkin.

Buyrakni punktsion biopsiya usuli bilan tekshirish natijasida surunkali glomerulonefritning quyidagi gistologik turlari ajratiladi: 1) pardali (membranali) glomerulonefrit — buyrak koptokchalarining bazal pardasida to'qimalarning birlashuvi va qalinlashuvi bilan kechadi; 2) to'qimalar ko'payib zichlashuvi bilan kechuvchi (mezangial) glomerulonefritda koptokchalarda biriktiruvchi to'qima paydo bo'ladi (fibroplastik glomerulonefrit). 3. proliferativ glomerulonefrit-koptochkalar hujayralari proliferatsiyasi bilan kechuvchi. Glomerulonefritning so'ngi bosqichida buyrak bujmayadi, o'lchamlari kichrayadi. Miya qismi donachalar bilan qoplanib, po'stloq qismi yupqalashadi. Koptokchalar bo'shab, o'rniida biriktiruvchi to'qima paydo bo'lishi buyrakni bujmayishiga olib keladi, buyrakning ikkilamchi bujmayishi paydo bo'ladi. **Klinikasi.** Surunkali glomerulonefritning klinik manzarasi uning turlariga bog'liq. Xastalik asosan uchlik sindromlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. 1. Siydikdagi o'zgarishlar: proteinuriya, gematuriya, tsilindruriyadan iborat. 2. Qon bosimi ko'tarilishi natijasida paydo bo'lgan o'zgarishlar. 3. Badanda shish paydo bo'lishi sababli paydo bo'lgan o'zgarishlar. Surunkali glomerulonefritning quyidagi klinik turlari farq qilinadi: 1. Yashirin kechuvchi (latent) glomerulonefrit-eng ko'p uchraydigan turi bo'lib, deyarli yarmisini tashkil qiladi. Bu turdagi glomerulonefrit siydikda bir oz o'zgarishlar borligi bilan ifodalanadi, qon bosimi oshmaydi, shish ham sezilarli darajada bilinmaydi. Xastalik, yashirin davr 30-40 yil o'tgach ham yana yuzaga chiqishi mumkin. Bemorlar uzoq yillar davomida ish qobiliyatlarini yo'qotmaydilar, xastaliklarini sezmaydilar. Ko'pincha surunkali glomerulonefritning yashirin turi yoki favqulodda boshqa xastalik bo'yicha shifokorga murojaat qilish yoki dispanserizatsiya vaqtida siydikdagi o'zgarishlar (solishtirma og'irligi pasayganligi, qizil qon tanachalari ko'proq ajralayotgani, tunda siydikning ko'proq ajralishi), qon bosimining bir oz oshganligi, EChTning tezlashgani, qonda oqsil moddasi kamaygani, xolesterin ko'payganligi asosida aniqlanadi. Aksariyat yashirin kechuvchi surunkali glomerulonefrit buyrak faoliyati buzilib, yetishmovchilik rivojlanganda aniqlanadi. Buyrak yetishmovchiligi esa qonda qoldiq azot, mochevinaning miqdori oshishi bilan yuzaga chiqadi.

2. Surunkali glomerulonefritning nefrotik ko'rinishi. Siydik orqali katta miqdorda oqsil ajralishi kunda 3,5 g dan ko'proq, qonda oqsil moddasi (gipoproteinemiya) kamayadi, ayniqsa, albumin, globulin koeffitsientining kamayishi (disproteinemiya), xolesterinning miqdorining ko'payishi (giperxolesterinemiya-600-800 mg%) bilan ifodalanadi. Bemorlarning badanida gipoproteinemik shishlar paydo bo'ladi. Bunday shishlar boshqa shishlardan farqli bo'lib, ertalablari yuz-ko'z qovoqlaridan boshlanadi va asta-sekin butun badanga tarqaladi. Ular doimiy xususiyatga ega bo'ladi, hatto ichki a'zolariga, yurak, o'pka va qorin bo'shliqlarga tarqaladi. Teri, shilliq pardalar quriydi, mushaklar atrofiyalanadi, natijada teri bujmayadi. Siydik orqali oqsil chiqishi bilan birga, qon tarkibida triglitserin va erkin xolesterin ko'payadi. Surunkali glomerulonefritning nefrotik ko'rinishi nefrotik sindrom va buyrak yallig'lanishi belgilari (siydikda qon bo'lishi, buyrak filtrlash

xususiyatining pasayishi) bilan birga namoyon bo'ladi. Qon bosimi xastalikning boshlang'ich davrida oshmasligi mumkin, lekin so'ngi davrida ko'tariladi.

3. Surunkali glomerulonefritning gipertonik shakli ko'pincha yashirin kechuvchi glomerulonefritga xosdir. Bemorlarni tekshirishda asosan qon bosimi ko'tarilganligi aniqlanadi. Qon bosimi xastalikning boshlanishida doim bo'lavermaydi, aksariyat sovuq va asab buzilishi ta'sirida kechga tomon ortadi. Buyrak faoliyati pasaygach, sistolik va diastolik bosim muntazam oshib boradi, asta-sekin yurak faoliyati ham buziladi, yurak cho'qqi turtkisi kuchayadi, cho'qqi sohasida I ton susayib, aorta proektsiyasida sistolik shovqin paydo bo'ladi va II ton aktsenti eshitiladi, uch ritmli ton yani ot dupuri kabi yurak tovushlari tez va baland gupirlab eshitiladi, so'ngra yurak faoliyati yetishmovchiligi qo'shiladi, yurak astmasi xuruji va hatto o'pka shishi paydo bo'lishi mumkin. Surunkali glomerulonefritda qon bosimi asta-sekin oshadi, yurakning ishemik kasalligi, stenokardiya rivojlanadi. Qon bosimi buyrakda .kstaglomerulyar apparatda ishemiya bo'lib renin sintezi ko'payishi natijasida oshadi. Arterial qon bosimi buyrak yetishmovchiligi davrida va kasallik shiddatli kechganda juda baland va turg'un bo'ladi. Bemorda miokard infarkti, bosh miyaga qon quyilishi hollari ro'y berishi mumkin. **Bemorlarni ko'zdan kechirganda** bemorlar ko'rinishiga e'tibor beramiz, teri rangi oqimtir, yuzlari, qovoqlari, badanlarida, oyoqlarida shish, badanlarida qashalgan izlar borligini ko'rish mumkin. Bemorlarning ko'zi to'r pardasidagi arteriolalar kapilyarlar torayadi va kapilyarda bosim ortib venulalar kengayib yoriladi va qon quyiladi, shular hisobiga ko'rish qobiliyati pasayadi. Ko'z tubida neyoretinit kabi o'zgarishlar sodir bo'ladi, ko'rish nervi so'rg'ichlarida o'zgarish bo'ladi. Kasallikning oxirgi davridagina ko'z to'r pardasida davolab bo'lmaydigan jiddiy o'zgarishlar paydo bo'lishi mumkin. Bemorlarni palpatsiya qilganda shishlar tarqalganligi va xarakterini hamda puls tekshiriladi va sekinlashganligi aniqlanadi. Perkussiyada plevra bo'shlig'ida, perikarda va boshqa bo'shliqlarda transudat to'planganligini aniqlash mumkin. O'pkada bo'g'iq-timpanik tovush eshitiladi, yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasi chapga siljiydi.

4. Surunkali glomerulonefritning aralash ko'rinishi. Bu ko'rinish uchun qon bosimi oshishi va nefrotik sindrom borligi xosdir. Ammo bu sindromlarning belgilari bir xil darajada yuzaga chiqmasligi mumkin. Aksariyat kasallik avj olgan davrda 1 yoki 2 sindrom yuzaga chiqadi. Masalan, siydikdagi o'zgarishlar sindromi (proteinuriya, gematuriya, tsilindnuriya), kasallikning boshlang'ich bosqichida bemorning umumiy ahvoli o'zgarmay qoniqarli bo'lishi mumkin, so'ngra 2-5 yilda buyrak faoliyatida yetishmovchilik rivojlanadi. Surunkali glomerulonefritning klinik kechishi 2 bosqichdan iborat: kompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan. Kompensatsiya bosqichidab buyrakning azot ajratish funktsiyasi saqlangan. Bu bosqich uzoq davom etadi, yashirin o'tadi va faqat siydikda paydo bo'ladigan o'zgarishlar orqali namoyon bo'ladi. Dekompensatsiyalangan bosqichda buyrakning azot ajratish funktsiyasi buzilgan bosqich. Bu bosqichda siydik simptomlarining ahamiyati kamroq, lekin, birpoz shish bilan gipertenziya yuqoriroqdir. Bu bosqich xastalik boshlangandan so'ng 1 yildan 30-40 yilgacha davr ichida boshlanishi mumkin. Xastalikning shiddatli turida tezroq, yashirin o'tuvchi turida kechroq boshlanadi. Bu bosqichda buyrak faoliyati pasayadi. Azot ajratish, siydikni quyuqlashtirish faoliyati susayadi. Siydikdagi o'zgarishlar kamayadi, solishtirma og'irligi kamayib 1007-1008 atrofida bo'ladi. Siydik bilan oqsil moddasi muttasil ajralib turadi. Qon bosimi muntazam baland bo'ladi. Badanda shish paydo bo'ladi, qon zardobida mochevina, kreatinin, indikan ko'payadi, oqsil kamayadi.

Tashxisi va qiyosly tashxisi. Agar bemor ilgari o'tkir nefritni boshdan o'tkazgan hamda surunkali nefritning hamma klinik manzarasi yaqqol bo'lsa, tashxis qo'yish qiyin bo'lmaydi. Lekin surunkali nefrit yashirin kechsa yoki gipertoniyali surunkali nefrit bo'lsa, tashxis qo'yish mushkullashadi. Bemor o'tkir nefritni boshdan o'tkazmagan bo'lsa, lekin siydigida bir oz oqsil hamda gematuriya aniqlansa, unda buyrakning boshqa kasalliklari (piyelonefrit, buyrak tomirining qisilib qolishi, buyrak anomaliyasi) haqida o'ylash va shu kasalliklardan farqlash lozim. Surunkali nefritning gipertonik xilini gipertoniya kasalligi bilan taqqoslash qiyin bo'ladi. Surunkali nefritda siydikdagi o'zgarishlar gipertoniyagacha bo'ladi. Surunkali nefritda yurakning chap qorinchasi gipertrofiyasi gipertoniya kasalligiga nisbatan kamroq bo'ladi. Gipertoniya xuruji — «krizi» surunkali nefritda kamroq uchraydi. Surunkali nefritda gipertoniya kasalligiga nisbatan yurak toj-tomirining aterosklerozi sekin va kam rivojlanadi. Surunkali nefritni surunkali piyelonefrit bilan taqqoslash tashxisi o'tkazilganda siydik cho'kmasidagi eritrotsitlar, leykotsitlar soniga ahamiyat beriladi. Leykotsitlar sonining ko'pligi, faol leykotsitlar bo'lishi, buyrakni rentgenourologik tekshirganda buyrak jomlari strukturasining o'zgarganligi surunkali piyelonefrit borligidan dalolat beradi. Surunkali nefritning nefrotik xilini buyrak amiloidozi, diabetik glomeruloskleroz, jigar tsirrozi bilan taqqoslash lozim bo'ladi. Surunkali nefritning nefrotik xilida buyrakning yallig'lanish belgilari (gematuriya, gipertoniya), buyrak koptokchalari filtratsiyasining

kamayishi va buyrakni kontsentratsiya qilish faoliyatining pasayishi tashxis qo'yishda asosiy rol o'ynaydi. Buyrakni biopsiya qilib tekshirish tashxisni tasdiqlaydi. Amiloidozdan farqlash uchun og'iz shilliq pardasi gistologik usulda tekshiriladi. Rentgen nuri yordamida buyrak va siydik ajralish yo'llarini ko'zdan kechirish, izotop va kontrast modda yordamida buyrakni rentgen suratini olish, UTT yordamida tekshirish, buyrak tomirlarini tekshirish (angiografiya) kerak. Buyrak to'qimasini tekshirish-punktsion biopsiya usulini qo'llash xastalikni aniqlashda yordam beradi. **Oqibati**, surunkali glomerulonefrit oqibati sifatida buyrak bujmayishi va buyrak faoliyatining pasayishi, buyrak yetishmovchiligi — uremiya rivojlanishi mumkin. Bunday noxush oqibat xastalik boshlangandan so'ng 1 yildan 30 yilgacha davr ichida yuzaga chiqadi.

Davolash. Oxirgi 10-15 yil mobaynida buyrak kasalliklarini aniqlash va davolash sohasida erishilgan yangiliklar, jumladan, davolash jarayonida kortikosteroidlar va immunodepressiv moddalarni qo'llash kasallikning noxush oqibatlarini kamaytiradi, bemorlarning mehnat qobiliyati uzoqroq saqlanishiga va hatto 14-18% bemorlarning butunlay sog'ayib ketishiga olib keladi.

Surunkali glomerulonefritni davolashda parhez (7-parhez stoli) ga katta ahamiyat beriladi. Nefrotik va kasallikning aralash turida osh tuzi kam beriladi (kuniga 1,5-2,5 gr gacha). Siydik ajratish xususiyati buzilmagan bo'lsa oqsil chegaralanmaydi. O'rtacha 1 kg vaznga 2-2,1 g oqsil berish kerak. Bemorning qon bosimi yuqori bo'lsa, osh tuzi kam beriladi (5 g), oqsil va uglevodlar me'yori o'zgarmaydi. Surunkali glomerulonefritning shishi bilan kechuvchi mezangioproliferativ va mezangiomembranoz turlarida glyukokortikosteroidlar ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Diffuz fibroplastik va o'choqli-segmentar glomerulosklerozli nefritda glyukokortikosteroidlar buyurish maqsadga muvofiq emas. Xastalik xuruj qilganda, ayniqsa, kasallikning nefrotik turida kortikosteroidlar, masalan, prednizolon buyuriladi. Prednizolon tana og'irligiga nisbatan 1 mg/kg dan 3-8 hafta buyuriladi, so'ngra asta-sekin doza kamaytirilib boriladi va sutkasiga 7,5-10 mg ga tushgach uzoq vaqt davomida beriladi. Agar nefrotik sindrom kamaymasa, prednizolon puls-terapiya usulida buyuriladi. Surunkali glomerulonefritning nefrotik turiga glyukokortikoidlar yordam qilmasa, prednizolon bilan birga azatiopirin yoki siklofosamid kuniga 150-200 ing dan buyuriladi. Dorilar dozasi 6-8 haftadan so'ng pasaytiriladi va uzoq vaqt davomida bemorga beriladi (6 oygacha). Surunkali glomerulonefritni davolashda prednizolon, tsiklofosfan, leykeranlar bilan bir qatorda Sandimmun preparati ham qo'llanilmoqda. Bu preparat bilan davolanagan bemorlarda kasallikning klinik remissiya davriga o'tishi kuzatilgan. Shu bilan bir qatorda, buyrak to'qimasi skleroziga olib keladigan kortikosteroidlarni katta miqdorda qabul qilishdan saqlaniladi. Surunkali glomerulonefritda patogenetik dorilarga rezistent bo'lgan bemorlarda sandimmun qo'llanilganda ijobiy natija bergan. Sandimmunga sezuvchan bemorlarda bu preparat ta'sirida immunologik ko'rsatkichlar ijobiy tomonga o'zgaradi. Sandimmun 2,5-7 mg/kg hisobida 20-25 kunga buyuriladi. Agar kortikosteroidlar buyurish mumkin bo'lmasa (qandli diabet, oshqozon yarasi va hokazo), tsitostatiklarning o'zi buyuriladi. Tsitostatiklar bilan davolanayotgan bemorlar qonida leykotsitlar va neytrofillar soni tekshirib turiladi. Buyrak parenximasidagi yallig'lanishni kamaytirish maqsadida indometatsin kuniga 50 mg dan 150 mg gacha beriladi. Indometatsin mediatorlarda immunologik jarayonlarni kamaytiradi. Gipertoniya va buyrak yetishmovchiligi bilan kechuvchi glomerulonefritda indometatsin buyurilmaydi.

Buyrak koptokchalari va arteriolalari devorlarida fibrin cho'kishini va qon zardobidagi fibrin miqdorini kamaytirish maqsadida teri ostiga yoki vena tomiriga geparin yuboriladi. Geparin teri ostiga kuniga 4 mahal 5000-10000 TB yuboriladi. Odatda geparin kindikdan 4 sm pastroqqa yoki kindik atrofiga teri orasiga yuboriladi. Qon ivish vaqti Moravits usuli bilan tekshiriladi. Agar trombin, qon ivish vaqti va antitrombin III nazorat qilinmasa, geparin 10000-15000 TBdan faqat 3 kun beriladi. Geparin bilan davolash davomida kurantil, trental buyurish maqsadga muvofiqdir. Badanda shish kamaymasa, siydik haydovchi dorilar buyuriladi (furosemid, uregit, veroshpiron, aldakton). Shishlarni haydashga poliglyukin (dekstran) ham yordam qiladi. Poliglyukin qon zardobi kolloid-osmotik bosimini oshiradi va to'qimalardagi ortiqcha suyuqlik qonga o'tadi. Oqsil almashinuvi buzilganda anabolik gormon — retabolil, fenabolil qo'llaniladi. Qon bosimini pasaytirish uchun rezerpin, dopegit, enap, berlipril, enalapril va boshqa gipotenziv dorilar beriladi. Bemorlarning mehnatga layoqatligi kasallikning turi va bosqichiga bog'liq. Buyrak yetishmovchiligi rivojlanganda bemorlar nogironlik guruhi beriladi va mehnatga layoqatsiz hisoblanadi. **Profilaktikasi.** O'tkir glomerulonefritli bemorlarni badanidagi infektsiya o'choqlarini bartaraf qilish, bemorlarga uzoq vaqt parhez tutish maslahat qilinadi. Surunkali nefrit bilan og'rigan bemorlar sovuq va nam havo ta'siridan o'zlarini ehtiyot qilishlari, Bayramali, Sitorai Mohi Xossa sanatoriyalarida dam olib davolanishlari, vaqti-vaqti bilan qon va siydikni tekshirtirib turishlari lozim. Bemor badanida shish yoki buyrak yetishmovchiligi alomatlari paydo bo'lsa, to'shakda yotib,

badanni issiq tutish, ayniqsa, belni belbog' bilan o'rash tavsiya etiladi. Lozim bo'lsa (o'tkir yallig'lanishlar qo'shilib qolsa) shifoxonada davolanish buyuriladi.

Test savollari

1. Addis-Kokovskiy sinama yodamida aniqlanadi?

- a) Siydik nisbiy zichligi
- b) Shakliy elementlar
- c) oqsillar
- d) tuzlar

2. Addison kasalligi qaysi bez kasalligi hisoblanadi?

- a) Oshqozon osti bezi kasalligi
- b) Qalqonsimon bez kasalligi
- c) Buyrak usti bezi kasalligi
- d) gipofiz bezi kasalligi

3. Addison kasalligining simptomlari

- a) pigmentatsiyaning o'zgarishi
- b) gemoragiya
- c) intoksikatsiya
- d) oliguriya

4. Addison kasalligi qaysi a'zoning surunkali yetishmovchiligidan kelib chiqadi?

- a) taloq
- b) yurak
- c) jigar
- d) buyrak

5. Angiotenzin 2 - parchalanishi qaysi ferment ta'sirida ro'y beradi.

- a) Angiotenzinaza
- b) aminopeptidaza
- c) adenilsiklaza
- d) Kallekreina

6. Bir sutkada meyoriy siydik miqdori qancha

- a) 1000-2000ml
- b) 500-800ml
- c) 200-500ml
- d) 500-1000ml

7. Buyrak gipertenziyasida ko'proq ... bosim oshadi:

- a) Puls bosimi
- b) Sistolik va diastolik
- c) Diastolik
- d) Faqat sistolik

8. Buyrak kasalligida bemor rangi

- a) oqargan
- b) giperemiyalangan
- c) jigarrang
- d) Tsianoz ko'kargan

9. Buyrak kasalligida ko'pincha shishlar qayerlarda boshlanadi?

- a) yurakda
- b) yuzda
- c) taloqda
- d) oyoqda

10. Buyrak kasalligini tashxislashda asbob-uskunalar bilan tekshirish usuliga kirmaydi

- a) UZI
- b) buyrak biopsiyasi
- c) buyrakni skannirlash
- d) laparoskopiya

11. Buyrak kasalliklarida bemorlarning asosiy shikoyatlariga kirmaydi:

- a) siydik ajralishning buzilishi
- b) bel sohasida og'riq
- c) oyoqdan shishni boshlanishi
- d) yuzlarda shish bo'lishi

12. Buyrak kasalliklarida qaysi parhez stoli buyuriladi.

- a) stol N 7
- b) stol N 1
- c) stol N 10
- d) stol N 15

13. Buyrak kasalliklarida ogriq sababi ...

- a) Yalliglanish protsessining borligi
- b) buyrakda og'riq retseptorlari borligi
- c) Buyrak to'qimasining shishi
- d) Buyrak kapsulasining cho'zilishi

14. Buyrak kuchli sanchig'ida muhim vosita:

- a) parasetamol
- b) analgin
- c) trimol
- d) spazmolitiklar

15. Buyrak shishlari uchun xarakterli emas

- a) yuzi shishgan, oqargan so'likkan
- b) tez-rivojlanib tananing hamma qismiga tarqalishi
- c) ko'kimtir shishlar
- d) shishlarning yuqoridan pastga tarqalishi

16. Buyrak yetishmovchiligida kuzatiladi:

- a) giperazotemiya
- b) gipokaltsiemiya
- c) gipofosfatemiya
- d) gipokaliemiya

17. Buyrak etishmovchiligida teri qichishi sababi:

- a) giperxolesterinemiya
- b) giperazotemiya
- c) gipergammaglobulinemiya
- d) giperalbuminemiya

18. Buyraklarning inkretor vazifasiga kirmaydi

- a) "D" vitaminni aktiv holga o'tkazish
- b) eritropoetin ishlab chiqarish
- c) prostoglandinlar ishlab chiqishi
- d) natriy uretik garmon ishlab chiqishi

19. Buyrakning funktsional holatini aniqlash sinamasiga kiradi

- a) Ambyurje
- b) Necheporenko sinamasi
- c) Zimnitskiy sinamasi
- d) Addis- Kakovski

20. Buyrakning surunkali kasalliklari uchun qaysi simptomlar xarakterli?

- a) bel sohasida og'riq
- b) arterial gipertenziya
- c) arterial gipotenziya
- d) arterial gipertenziya, bel sohasida ogriq, shishlar

21. Glomerulonefrit uchun xarakterli emas.

- a) proteinuriya
- b) piuriya

- c) gipertoniya
- d) giperstenuriya

22. Glomerulonefritning rivojlanishiga sabab bo'la olmaydi

- a) yuqori insolyatsiya
- b) sovqotish
- c) viruslar
- d) infeksiyalar

23. Glyukozuriya bu-

- a) siydik bilan keton tanachalar ajralishi
- b) siydik bilan oqsil ajralishi
- c) siydik bilan bilirubin ajralishi
- d) siydik bilan qand ajralishi

24. Ikkita buyrakda nechta nefron bor?

- a) 3000
- b) 1000
- c) 2 mln.
- d) 1mln

25. Quyidagilardan qaysi biri, nefrotik sindrom uchun xarakterli emas:

- a) massiv proteinuriya
- b) giperproteinemiya
- c) giperurikemiya
- d) giperlipedemiya

26. Ko'z tubidagi o'zgarish qaysi buyrak kasalligining sindromi uchun xos?

- a) buyrak arterial gipertenziyasi
- b) astenonevrotik sindrom
- c) nefrotik sindromi
- d) siydik sindromi

27. Ko'z tubidagi o'zgarishlarga kirmaydi

- a) venulalarning kengayishi
- b) flebit va flebotrombozlar
- c) ko'ruv nervi diskining shishishi
- d) to'r pardaga qon quyilishi

28. Latent, nefrotik, gipertonik, aralash klinik forma qaysi kasallik uchun xarakterli

- a) surunkali glomerulonefrit
- b) buyrak amiloidozi
- c) buyrak etishmovchiligi
- d) surunkali pielonefrit

29. Nikturiya nima?

- a) siydik miqdorining oshishi
- b) siydik miqdorining kamayishi
- c) tungi diurezning ustunligi ko'payishi
- d) siydikning ajralmasligi

30. Normal siydikda sterkobilin bo'ladimi?

- a) Yo'q
- b) Ba'zan
- c) Ha
- d) Ko'pincha

31. Nechiporenko bo'yicha siydik qanday yigiladi?

- a) ertalabki siydikning o'rta portsiyasi
- b) sutka davomida har 3 soatda yig'ish
- c) 10 soat davomida (kechqurun ertalabgacha)
- d) bir marta 3 soatlik siydikni yig'ish

32. Nechiporenko probasi siydikning umumiy tahlilidan nimasi bilan farq qiladi?

- a) buyrakning yallig'lanishi bilan kechadigan kasalliklarning yashirin formalarini aniqlashda yordam beradi
- b) kasallik qo'zgatuvchilarni aniqlash va ularning antibiotikka sezgirligini aniqlashda yordam beradi
- c) buyrakning konsentratsion funksiyasini yaxshi baholaydi
- d) davolash effektini yaxshi baholaydi

33. Nefronlarning faoliyatini qanchaga kamayishi buyrak etishmovchishgiga olib keladi:

- a) 10%
- b) 20%dan kamayishi
- c) 80%
- d) 50%

34. Nefrotik sindromda diuretiklarni qo'llashga ko'rsatma quyidagilar, bittadan tashqari:

- a) shish natijasida teridagi trofik o'zgarishlar
- b) qon aylanishining buzilishi
- c) shish sindromi og'ir darajasi
- d) gemodinamik buzilishlar

35. Nefrotik sindromdagi gipovolemiyada qon hajmini boshqaruvchi mexanizm ...

- a) renin-angiotenzin-aldesteron sistemasi
- b) aldesteron va ADG sistemasi
- c) simpatik-adrenal-sistemasi
- d) kinin-kallekrein sistemasi

36. Nefrotik sindromida bemor o'limiga sabab bo'ladigan holatlar, bittadan tashqari:

- a) infeksiyon asoratlari
- b) nefropatiyaning aktivligi
- c) yatrogen sabablar
- d) dastlabgi ateroskleroz

37. Piuriya bu- siydikda ... bo'lishi

- a) Eritrosit
- b) Leykosit
- c) Trombosit
- d) Limfosit

38. Pielonefritda qo'zg'atuvchini aniqlashda muhim:

- a) UZI
- b) siydik mikroskopiyasi
- c) xromotsistoskopiya
- d) buyrak biopsiyasi

39). Pielonefritning asosiy belgisi:

- a) tsilindruriya
- b) piuriya
- c) gematuriya
- d) yuqoridagilarning barchasi

40. Pielonefritning belgisiga kirmaydi:

- a) Makro gematuriya
- b) piuriya
- c) silindruriya
- d) proteinuriya

41. Poliuriya nima?

- a) siydik ko'p miqdorda ajralishi
- b) siydikning kamayishi
- c) siydikda oqsil bo'lishi
- d) siydikda qon bo'lishi

42. Poliuriya sababi bo'la olmaydi

- a) qandsiz diabet
- b) qandli diabet
- c) gipotenziv preparatlar

d) 2 va 3

43. Pollakiuriya bu:

- a) kechqurungi diurezning kunduzgiga nisbatan ustunligi
- b) siydikning tez-tez ajralishi
- c) siydik ajralmasligi
- d) sutkalik siydik miqdorining ko'payishi

44. Pollakuriya qaysi kasallik uchun xos.

- a) qandli diabet
- b) Tireotoksikoz
- c) gipoterioz
- d) Addison kasalligi

45. Renin sekretiylalovchi o'smalar diagnostikasida asosiy rol o'ynaydi hammasi , bittadan tashqari:

- a) yuqori gipertoniya
- b) reninning yuqori aktivligi
- c) aldosteron sintezining yuqori aktivligi
- d) gipokaltsiemiya

46. Renining birlamchi ko'p sekretiylasiga sabab bo'ladi:

- a) buyrak gemangioperitsitomasi
- b) buyrak usti bezi o'smasi
- c) buyrak usti bezi koptokchali zonasi giperplaziyasi
- d) kortikal nefronlar Yu.G.A. giperplaziyasi

47. Reninning birlamchi ko'p sekretiylasiga eng ko'p sabab bo'ladi:

- a) kortikal nefronlar YuGA giperplaziyasi
- b) buyrak usti bezi aldosteromasi
- c) buyrak usti bezi kartsinomasi
- d) buyrak usti bezi koptokchali zonasi giperplaziyasi

48. Renovaskulyar gipertoniya da renin aktivligi quyidagi qaysi usul yordamida pasaytiriladi:

- a) Tsitostatiklar, gipotenziv vositalar
- b) vitaminlar
- c) siydik xaydovchi vositalar
- d) saralazin

49. Siydik ajralishning buzilishi bu:

- a) izostenuriya
- b) dizuriya
- c) nikturiya
- d) diurez

50. Siydik bilan yodning kam ajralishi uchraydi

- a) Tireotoksikoz
- b) Addison kasalligida
- c) Gipotireoz
- d) Qandli diabet

51. Siydik cho'kmasida bir ko'rish maydonida meyorida leykotsitlar miqdori.

- a) 20-25ta bir ko'rish maydonida
- b) 10-12ta bir ko'rish maydonida
- c) 8-10ta ko'rish maydonida
- d) 2-3ta bir ko'rish maydonida

52. Siydik cho'kmasini mikroskopik tekshirganda aniqlanmaydi

- a) tuzlar
- b) urobilinoidlar
- c) leykotsitlar
- d) silindrlar

53. Siydik miqdorining 500 ml dan kam bo'lishi nima deyiladi?

- a) Oligouriya

- b) poliuriya
- c) anuriya
- d) nikturiya

54. Siydik yo'lini endoskopik tekshirishga kiradi:

- a) bronxoskopiya
- b) tsistoskopiya
- c) rinoskopiya
- d) kolonoskopiya

55. Siydikda keton tanachalari uchraydi

- a) gipoglikemik koma
- b) apopleksik koma
- c) giperglikelik komada
- d) uremik koma

56. Siydikni fizik xususiyatini aniqlashda quyidagi aniqlanmaydi

- a) tiniqligi
- b) siydik reaksiyasi
- c) rangi
- d) tuzlar

57. Siydikning fizik xossalriga kiradi?

- a) siydik rangi, miqdori, zichligi
- b) oqsilni aniqlash, qandni aniqlash
- c) keton tanachalarini aniqlash
- d) siydik miqdorini aniqlash

58. Siydikning solishtirma og'irligi meyorda qancha

- a) 1005-1025
- b) 1000-1005
- c) 1005-1010
- d) 1030-1040

59. Soglom odam bir sutkada o'rtacha necha marta siydik ajratadi?

- a) 4-7 marta
- b) 1-2 marta
- c) 8-9 marta
- d) 9-10 marta

60. Soglom odamda sutkalik siydigida (Addis Kakovskiy sinamasi buyicha) saqlanadi

- a) leykotsitlar 4000 eritrotsitlar 1000 tsilindrlar 200
- b) leykotsitlar 1000 eritrotsitlar 2000 tsilindrlar 500
- c) leykotsitlar 2000000 eritrotsitlar 1000000 tsilindrlar 20000
- d) leykotsitlar 2000 eritrotsitlar 500 tsilindrlar 20

61. Strangeuriya bu:

- a) kechkurungi siydik miqdorining kunduzgiga nisbatan ustunligi
- b) tez-tez siydik ajralishi
- c) siydik ajralmasligi
- d) qiyin, og'riqli siydik ajralishi

62. Surunkali buyrak etishmovchiligida qo'llaniladi:

- a) spazmolitiklar va xolinolitiklar qo'llash
- b) ovqat ratsionida oqsillarni kamaytirish
- c) osh tuzining miqdorini kamaytirish
- d) suv qabul qilishni kamaytirish, osh tuzining miqdorini kamaytirish

63. Surunkali buyrak etishmovchiligida ko'zdan kechirganda terida qanday o'zgarishlar bo'ladi?

- a) teri oqargan, shish, quruq
- b) oqargan rangpar, quruq, kichik ekximozlar
- c) teri oq, sariq rangda, quruq
- d) teri ho'l, turgor pasaygan

64. Surunkali buyrak etishmovchiligining terminal stadiyasida auskultatsiyasida xarakterli ...:

- a) yurak cho'qqisida 1 tonning susayishi
- b) perikard va plevranning ishqalanish shovqini
- c) taxikardiya, o'pka arteriyasi ustida shovqin
- d) II ton aktsenti, plevranning ishqalanish shovkini

65. Surunkali diffuz glomerulonefrit kechishida quyidagi qaysi formasi kuzatilmaydi:

- a) aralash
- b) Astmatik
- c) gipertonik
- d) nefrotik

66. Surunkali glomerulonefrit asosiy sindromlariga kirmaydi

- a) shish
- b) siydik sindromi
- c) astenonevrotik sindrom
- d) gipertenziya

67. Surunkali pielonefritlar diagnostikasida yaxshi informativ usul:

- a) UZI
- b) ekskretor urografiya
- c) radioizotop tekshirish
- d) xromotsistoskopiya

68. Surunkali pielonefritni davolashda qo'llanilmaydi:

- a) antikoagulyantlar
- b) sulfanilamidlar
- c) nitrofuranlar
- d) gipotenziv preparatlar

69. Sutkalik siydik miqdori aniqlanadi.

- a) Zimnitskiy sinamasi yordamida
- b) Nechiporenko sinamasi yordamida
- c) Addis-Kokovski sinamasi yordamida
- d) Reberg sinamasi yordamida

70. Sutkalik siydik miqdorining 2000ml dan ko'payishi nima deyiladi?

- a) nikturiya
- b) anuriya
- c) oligouriya
- d) poliuriya

71. Sutkalik siydik miqdorining kamayishi bu:

- a) nikturiya
- b) anuriya
- c) oligouriya
- d) poliuriya

72. O'tkir buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorning holatini aniqlashda asosiy rol o'ynamaydi.

- a) qondagi xolesterin miqdori
- b) qondagi kreatinin miqdori
- c) qondagi kaliy miqdori
- d) qondagi qoldiq azot

73. O'tkir buyrak etishmovchiligining kechishidagi davrlarni ko'rsating:

- a) boshlang'ich davri
- b) yuqoridagilarning hammasi
- c) diurezni tiklanish davri
- d) sogayish davri

74. O'tkir diffuz glomerulonefrit ko'pincha rivojlanadi?

- a) viruslar tasirida
- b) stafilokokk infektsiyasi tasirida

- c) streptokokk infeksiyasi tasirida
- d) mikoplazma infeksiyasi tasirida

75. O'tkir glomerulonefrit klinikasi uchun xarakterli

- a) gematuriya, gipertoniya, leykotsituriya, tsilindruriya
- b) leykotsituriya, proteinuriya
- c) arterial gipertoniya, proteinuriya
- d) gematuriya, proteinuriya, tsilindruriya

76. O'tkir glomerulonefrit tomir asoratiga kiradi

- a) buyrak eklampisiyasi
- b) o'tkir buyrak etishmovchiligi
- c) o'tkir yurak etishiovchiligi
- d) bosh miyaga qon quyilishi

77. O'tkir glomerulonefritda qon zardobida oqsillar nisbati qanday bo'ladi.

- a) albuminlar ko'payib γ -globulinlar ko'payadi
- b) albuminlar va globulinlar nisbati o'zgarmaydi
- c) albuminlar miqdori kamayib α_2 va γ globulinlar ko'payadi
- d) albuminlar kamayib alfa-globulinlar ko'payadi

78. O'tkir glomerulonefritda o'lim sabablari quyidagi asoratlardan bog'liq, faqat bittadan tashqari:

- a) miyaga qon quyilishi
- b) podagrik buyrak
- c) o'tkir yurak etishmovchiligi
- d) infeksiyaning tarqalishi

79. O'tkir glomerulonefritda ... bo'ladi.

- a) chap bo'lmacha gipertrofiyasi
- b) A/B blokadasining 1-bosqich belgilari
- c) chap qorincha gipertrofiyasi belgilar
- d) sinaurikulyar blokadasini belgilari

80. O'tkir nefritdagi siydik sindromiga xos belgilar, bittadan tashqari

- a) proteinuriya
- b) tsilindruriya
- c) makrogematuriya
- d) mikrogematuriya

81. O'tkir va surunkali glomerulonefritda siydik sindromi uchun xarakterli emas:

- a) leykotsitlarning eritrotsitlardan ustunligi
- b) proteinuriya
- c) gematuriya
- d) tsilindruriya

82. Haqiqiy anuriyaga sabab bo'la olmaydi.

- a) o'tkir glomerulonefrit
- b) boshqa guruhdagi qon quyilganda
- c) orqa miya zararlanganda
- d) anafilaktik shokda

83. Xronik glomerulonefritning letent shakli uchun xarakterli belgi:

- a) arterial gipertoniya
- b) yuqori proteinuriya
- c) kuchsiz namayon bo'lgan siydik sindromi
- d) shishlar

84. Yuzi oqargan, kam ifodalangan, shishlar (asosan yuqori va pastki qovoq sohalarida) kuzatilishi xarakterli:

- a) yurak qon-tomir kasalliklarida
- b) o'pka kasalliklarida
- c) buyrak kasalliklarida
- d) qon kasalliklarida

85. Zimnitskiy sinamasida ... aniqlanadi?

- a) tuzlar
- b) oqsillar
- c) Shakliy elementlar
- d) Siydik nisbiy zichligi

86. Makrogematuriya bu -...

- a) hamma javob to'g'ri
- b) To'qimalarda eritrotsit miqdorini ko'payishi
- c) Suydikda leykotsit ajralishi
- d) Siydikda qonni bevosita bo'lishi

87. Qon zardobida meyoriy mochevina miqdori -...

- a) 3,23-8,32 mmol/l
- b) 9-12 mmol/l
- c) 14-18 mmol/l
- d) 5,2-9,30 mmol/l

Siydik ajratish tizimidan masalalar

1 – masala

Bemor 19 yoshda, jinsi ayol, qishloq vrachlik puktida vrach qabuliga kelganda bosh og'riqi, hansirash, ish qobiliyatini pasayishi, hamda yurak sohasida sanchiq borligiga shikoyat qilib keldi va anamnez yig'ilganida o'zini 2 haftadan buyon kasal hisoblaydi va peshobining rangini qizarishi, oligouriya borligi aniqlandi hamda angina o'tkazganini takidladi. Bemorni ko'zdan kechirganda teri qoplamlari oqimtir rangda, qovoqlarida shish borligi ko'zga tashlanadi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bu kasallikdan o'lgan bemorlar qanday morfologik o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Bemor peshobida qanday o'zgarishlar kutish mumkin.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borish maqul.

2 – masala

Bemor 22 yoshda, jinsi ayol. qabul bo'limiga kelganda so'rab surishtirildi va 15 kun oldin skarlatina bilan kasallanganligi aniqlandi, shikoyatlari ko'rish qobiliyatining yomonlashuvi, yurak va bel sohasida og'riq borligi bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda, qovoqlarida shish borligi, laborator siydikda eritrotsitlar borligi aniqlandi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemorning asosiy hamda qo'shimcha shikoyatlarini sanab bering.

Kasallikni etiologik omillarini aytib bering.

Bemorlarni ko'zdan kechiring.

Bemor peshobida qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Bemorlar buyragidagi patologo – anatomik o'zgarishlarni ayting.

3 – masala.

Qishloq vrachlik punktida kelgan bemor, bel sohasini ikki tomonlama simillab og'riqi, peshobining tez – tez kelishi va kam miqdorda kelishiga, bosh og'riqiga hamda ko'rish qobiliyatini pasayishiga shikoyat qilib keldi. O'zini bemor deb 3 haftadan buyon hisoblaydi va otitdan keyin boshlanganligini aytdi. Laborator tekshiruvlar olib borilganda peshobda eritrotsitlar va oqsil borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Ko'rish qobiliyati susayishi sababini aytib bering.

Bemorlarni rentgenologik tekshiruv o'tkazish texnikasini aytib bering.

Bemor peshobidagi makroskopik hamda mikroskopik o'zgarishlarni aytib bering.

4 – masala

Bemor 16 yoshda, nefrologiya bo'limiga tez yordam mashinasiga olib kelindi. Vrach qabuliga kelgan bemordan so'rab surishtirish ishlari olib borildi, anamnez yig'ildi va 1 hafta oldin pnevmoniya bilan kasallanganligi aniqlandi, ob'ektiv tekshiruvlarda teri rangi oqimtir va qovoqlari, yuzlari, tanasida, shish borligi aniqlanib, hansirab turganligi ko'zga tashlandi. Siydikning makroskopik tekshirganda qizil rangdaligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Perkutor va auskultativ o'zgarishlarni ayting

Bemor peshobidagi makroskopik va mikroskopik o'zgarishlarini ayting

Qaysi instrumental tekshiruvlar olib boriladi va texnikasini aytib bering.

5 – masala.

Kasalxonada tushgan bemor 20 yoshda, jinsi ayol, 3 haftadan buyon kasal, qabulxona vrachi tomonidan barcha tekshiruvlar olib borilgandan so'ng, peshobda oqsil, eritrootsitlar, gialinli silindrlar hamda siydik miqdorining kamligi (oligouriya) aniqlandi. Siydikning makroskopik ko'rinishi go'sht yuvilgan suvga o'xshaydi.

Bemor taxminiy tashxisini aniqlang.

Ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

EKG dagi o'zgarishlarini ayting.

Qon bosimi ko'tarilish mexanizmini tushuntirib bering.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va texnikasi.

6 – masala.

Bemor jinsi ayol, vrach qabuliga kelganda bel sohasida og'riq borligi, peshobining kam kelishi va rangining qizarganligiga, yuzlarida hamda oyog'larida shish borligiga shikoyat qildi. Bemordan anamnez yig'ilganida Homiladorlik paytida nefropatiya o'tkazganligi aniqlandi. Bemor ko'zdan kechirilganda yuzlarida va oyog'larida shish borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Siydikdagi makroskopik va mikroskopik o'zgarishlarni aytib bering.

Bemor qonida qanday o'zgarishlar kuzatish mumkin.

Yurak – qon tomir sistemasida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Bu bemorlarga ovqatlanish rejimi va parhez stolini aytib bering.

7 – masala

Bemor jinsi ayol, ambulatoriya sharoitida vrach qabuliga kelganda bir necha yillardan buyon o'zini kasal deb hisoblaganligini takidladi va quyidagilarga shikoyat qildi, bel sohasida og'riq borligi, siydik miqdorining kamayishi va rangining qizarganligi bezovta qiladi. Bemordan anamnez yig'ilganida nikturiya borligi aniqlandi va tekshirib ko'rganda qon bosimi 165/105 mm sim. ust. tengligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlarni ko'rishimiz mumkin.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Bemorda qanday laborator va instrumental tekshiruvlar o'tkaziladi va texnikasini ayting.

Zimnitskiy sinamasi yig'ish texnikasini va unda qanday o'zgarishlar bo'lishini aytib bering.

Davolash taktikasini aytib bering

8 – masala

Bemor jinsi ayol, kasalxanaga kelganda, vrach ko'rigiga bir necha yillardan berin o'zini kasal deb hisoblaganligini takidladi va quyidagilarga shikoyat qildi, bel sohasida og'riq borligi, siydik miqdorining kamayishi va rangining qizarganligiga hamda yuzlarida va oyog'larida shish borligini aytdi. Bemordan anamnez yig'ilganida kechqurun siyish chastotasi ko'payganligi va siydik miqdori oshganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlarni ko'rishimiz mumkin.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Bemorda qanday laborator va instrumental tekshiruvlar o'tkaziladi va texnikasi.

Addis-Kakovskiy usulida siydik sinamasi yig'ish texnikasini va unda qanday o'zgarishlar bo'lishini aytib bering.

Parhez stoli tavsiya eting.

9 masala

Bemor 24 yoshda, jinsi ayol, shikoyati siydik miqdorini kamayishi ya'ni oligouriya borligi aniqlandi. Bemordan anamnez yig'ilganida to'rt yildan buyon terini qayta ishlash korxonasida to'rt xlorli uglerod toksik moddasi bilan muloqotda bo'lganligi va bir necha kunlar oldin gripp bilan kasallanganligi aniqlandi va peshobi tekshirilganida oqsil miqdori oshib ketganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Bemorda qanday laborator va instrumental tekshiruvlar o'tkaziladi va texnikasi

Peshobdagi o'zgarishlarni ayting.

Nechiporenko usulida siydik yig'ish texnikasini va unda qanday o'zgarishlar bo'lishini aytib bering.

10 masala

Bemor 33 yoshda, jinsi ayol. Vrach qabuliga kelganda ko'pdan buyon kasalligini takidladi, bemor chap tomonda bel sohasida kuchli sanchiluvchi og'riq borligiga va og'riqning qorinning pastki qismiga berilishiga shikoyat qildi. Bemordan anamnez yig'ilganida transportda yurganda chap tomonda og'riq bel sohasida bo'lib turganligi aniqlandi, og'riqning qovuqqa va oyog'lar orasiga berilishi bezovta qilib turadi. Bemorni so'rab surishtirganda bel sohasida isitgich (grelka) q'yish va issiq anna qabul qilish og'riqni sekinlashtirishi aniqlandi. Bu bemorga qanday tashxis q'yish mumkin.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Bemor peshobidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorga qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar bo'ladi.

Bu bemorga sizning davo taktikangiz qanday.

11 masala

Bemor 31 yoshda, jinsi erkak, vrach qabuliga kelganda obdon anamnez yig'ildi va go'shtli ovqatlarni istemol qilishni xush ko'rishi hamda o'ng oyog' bosh barmog'og'rib turishi aniqlanib bu patsientga podagra borligi va oldin ham shu kasallikdan davolanaganligi aniqlandi. Bemor rengenologik tekshiruvlardan o'tgandan so'ng siydik tosh kasalligi deb tashxis qo'yildi.

Kasallikning etiologik omillarini sanab o'ting.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Perkutor o'zgarishlarini aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va unda qanday o'zgarishlar kutish mumkin.

Bemor peshobida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

12 masala

Bemor 15 yoshda, qiz bola, poliklinikaga vrachga murojaat etganda chap tomonda bel sohasini simillab og'rib turishini, tana harorati ko'tarilishi, bosh og'riqlari, varaja qilishiga, siydik rangining loyqaligiga shikoyat qildi. Bemordan anamnez yig'ilganida ikki hafta oldin sepsis o'tkazganligi aniqlandi. Bemorning peshobi tekshirilganda ko'p miqdorda bakteriyalar hamda leykotsitlar borligi aniqlandi.

Bemorga qanday tashxis qo'yasiz.

Kasallikni etiologiyasi va patogenezini aytib bering.

qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar bo'ladi.

Bemorni siydigidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bu bemor uchun qaysi parhez stolini tavsiya etasiz.

13 masala

Bemor 16 yoshda, o'zini 15- 20 kundan buyon kasal deb biladi va o'z kasalini angina bilan kasallanganligi bilan bog'laydi. Bemordan anamnez yig'ilib, ko'zdan kechirildi va qovoqlarida va oyog'larida shish borligi, laborator peshobda leykotsitlar aniqlandi. Hamda instrumental tekshiruvda buyrak parenximasida yallig'lanish belgilari namoyon bo'ldi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemorning asosiy va qo'shimcha shikoyatlarini aytib bering.

Kasallikni etiologiyasi va patogenezini aytib bering.

Bemor peshobi tahlilida qanday o'zgarishlar bo'ladi.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar bo'ladi.

14 masala

Bemor kasalxonada nefrologiya bo'limiga tez yordam orqali olib kelindi. Jinsi ayol, 29 yoshda. Vrach ko'rik paytida so'rab surishtirganda o'ng tomonda bel sohasida og'riq borligini va u shu og'riqlar tufayli har yili 1-2 marta davolanishini aytdi. Bemor qoni tekshirilganida uremiya borligi hamda siydigi ko'zdan kechirilganda rangini loyqa (piuriya), ya'ni tiniq emasligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Asosiy va qo'shimcha shikoyatlarini aytib bering.

Kasallik etiologiyasi va patogenezini aytib bering.

Bemor qoni va peshobidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

15 masala

Qishloq vrachlik punktida kelgan bemor quyidagicha shikoyat qildi. Bel sohasini chap tomoni simillab og'rib turishi, tez-tez peshob kelishi va peshobi tiniq emasligini takidhladi. Bemor so'rab surishtirilganda ba'zan - ba'zan tana harorati ko'tarilishi, boshi og'rib, yuragi sanchilib turishi aniqlandi va o'zini kasalini bir necha yillardan buyon borligini hamda davolanib turishi ta'kidhladi. Peshob analizida ko'p miqdorda leykotsitlar borligi ma'lum bo'ldi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Kasallik etiologiyasi va patogenezini aytib bering.

Buyrakdagi morfologik o'zgarishlarini aytib bering.

Bemor qoni va peshobidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

16 masala

Tez yordam mashinasi orqali olib kelingan bemor majburiy holatda chap biqinda oyog'larini bukib qorniga tortib yotibdi va qabul paytida bel sohasida chap tomonda kuchli og'riq borligiga va tana harorati ko'tarilishiga shikoyat qildi. Vrach bemordan anamnez to'plaganida buyrak kasalliklariga xos hech qanday ma'lumot yig'a olmadi. Og'riqni differentsiatsiya qilish uchun bemor beliga muzli xaltacha qo'yildi va bemor belidagi og'riqlar biroz sekinlashdi.

Sizning taxminiy tashxisingiz.

Bu bemorga qanday laborator tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarish kutish mumkin.

Bu bemorga qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul.

17 masala

Bemor 37 yoshda, jinsi ayol. Tez yordam mashinasida olib kelinganda og'ir ahvolda, koma holatidagi bemor savollarga javob bermaydi, atrof muhitga, tashqi ta'sirotlarga reaksiya yo'q. Bemor ko'zdan kechirilganda rangi rangpar (oqargan), terilarida qashalgan izlar bor, qovoqlari hamda badanida shishlar borligi hamda nafasidan va terisidan noxush ammiak hidi keladi.

Sizning taxminiy tashxisingiz qanday.

Sizning taktikangiz.

Tekshiruv rejangiz qanday va qanday natijalar kutish mumkin

Qon va siydik tahlilida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin

18 masala

Bemor 45 yoshda, jinsi ayol, ish joyida sog'likni saqlash vazirligining 300 buyrug'i asosida, profilaktik ko'rik paytida bemor siydigida oqsil, leykotsitlar hamda silindrlar borligi aniqlandi. Bemor ko'zdan kechirilganda biroz qovoqlarida shish borligi aniqlandi. Anamnez yig'ilganida tuberkulez, osteomielit o'tkazganligi aniqlandi, ammo bemor sog'ligiga hech qanday shikoyat qilmaydi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Kasallik etiologik omillarini aytib bering.

Bemorlar qonida qanday o'zgarishlar bo'ladi.

19 masala

Bemor 33 yoshda, jinsi ayol, ish joyida namlik baland va harorat past, vrach qabuliga kelganda ertalablari qovoqlarida, yuzlarida tanasida va oyog'larida shish paydo bo'lishiga, shishlar birinchi bo'lib qovoqlarida paydo bo'ldi, siydik miqdorini kun sayin kam ajralishiga shikoyat qildi. Bemordan anamnez yig'ilganida ba'zan-ba'zan bel sohasida og'riq bo'lganligi aniqlandi.

Bemorda paydo bo'lgan shishlar qaysi kasallik uchun xos.

qaysi kasalliklar shish sindromi bilan kechadi.

Bu shishlarning boshqa shishlardan farqi.

20 masala

Bemor 26 yoshda, jinsi ayol, turar joy poliklinikasida xudud terapevtida surunkali glomerulonefrit diagnozi bilan dispanser nazoratida turadi, oxirgi kunlarda kechqurun siyish chastotasi ko'paydi va bemor davolanish uchun nefrologiya bo'limiga murojaat qildi va davolash uchun hospitalizatsiya qilindi.

Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi.

Kech?urungi siydik ajralish chastotasi kupayishi qaysi kasalliklarda uchraydi.

Bu turdagi siydik ajralishi qaysi sinama orqali aniqlanadi va uning yig'ish texnikasi.

21 masala

Bemor 20 yoshda, jinsi erkak, qishloq vrachlik punktida xudud terapevtida buyrak kasalligi bilan dispanser nazoratida turadi, oxirgi kunlarda sutkalik siyish chastotasi ko'paydi (normada 5-7 marta) va bemor davolanish uchun viloyat diagnostik markaziga murojaat qildi va davolash uchun gospitalizatsiya qilindi.

Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi.

Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi.

Addis-Kakovskiy usulda siydik yig'ish va uning texnikasi.

22 masala

Bemor 26 yoshda, jinsi erkak, poliklinikada xudud terapevtida buyrak kasalligi bilan dispanser nazoratida turadi, oxirgi kunlarda sutkalik siydik miqdori ko'paydi (normada 1,5-2 litr) va bemor davolanish uchun turar joy poliklinikasiga murojaat qildi va davolash uchun bemor nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi.

Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi.

Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi.

Nechiporenko usulda siydik yig'ish va uning texnikasi.

23 masala

Bemor 23 yoshda, jinsi ayol, poliklinikada xudud terapevtida buyrak kasalligi bilan dispanser nazoratida turadi, oxirgi kunlarda sutkalik siyish miqdori kamaydi (normada 1,5-2 litr, bemorda 500 mldan kam) va bemor davolanish uchun turar joy poliklinikasiga murojaat qildi va davolash uchun bemor nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi.

Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi.

Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi.

Bu turdagi siydik ajralish turini qaysi metod orqali aniqlaymiz uning yig'ish texnikasi, metodikasi.

24 masala

Bemor 30 yoshda, jinsi ayol, poliklinikaga xudud terapevtida buyrak kasalligi bilan dispanser nazoratida turadi, oxirgi kunlarda sutkalik siyish miqdori ko'paydi va bemor davolanish uchun turar joy poliklinikasiga murojaat qildi va davolash uchun bemor nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi, siydikni tekshirganda nisbiy zichligi pasaygan (normada 1,015-1,028).

Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi.

Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi.

Zimnitskiy usulida siydik yig'ish va uning texnikasi, metodikasi, meyor.

25 masala

Bemor 17 yoshda, jinsi erkak, qishloq vrachlik punktida xudud terapevtida dispanser nazoratida turadi, ba'zan bel sohasida sanchiluvchan og'riqlar bo'lib, oyog'lar orasiga irradiatsiya qilgan, qovoqlari, yuzlarida shish bo'lib turgan va bemorda sekin asta siydik miqdori kamayib, siydik ajralmay qoldi. Bemor davolanish uchun viloyat diagnostika markaziga murojaat qildi va davolanish uchun nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi.

Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi.

Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi.

Amburje usulda siydik yig'ish va uning texnikasi.

26 masala

Bemor 67 yoshda, jinsi erkak, qishloq vrachlik punktida xudud terapevtida prostata adenomasi bilan dispanser nazoratida turadi, ba'zan qorinning pastki qismida va bel sohasida simillovchi og'riqlar bezovta qilib turgan va birdaniga, siydik ajralmay qoldi. Bemor davolanish uchun viloyat diagnostika markaziga murojaat qildi va nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi.

Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi.

Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi.

Amburje usulda siydik yig'ish va uning texnikasi.

Bemorga shoshilinch yordam ko'rsating.

27 masala

Bemor 29 yoshda, jinsi erkak, qishloq vrachlik punktida xudud terapevtida siydik tosh kasalligi bilan dispanser nazoratida turadi. Bemorda oxirgi kunlarda siyish og'riqli bo'lib va bemor davolanish uchun viloyat diagnostik markaziga murojaat qildi va nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi.

Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi.

Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi.

Addis-Kakovskiy usulda siydik yig'ish va uning texnikasi.

28 masala

Bemor 26 yoshda, jinsi erkak, qishloq vrachlik punktida xudud terapevtida buyrak kasalligi bilan dispanser nazoratida turadi. Bemorda oxirgi kunlarda siyishi va siydik rangi o'zgarib va bemor davolanish uchun viloyat diagnostika markaziga murojaat qildi va nefrologiya bo'limiga hospitalizatsiya qilindi. Bemorning siydigi tekshirilganida oqsil borligi aniqlandi (normada siydik tarkibida oqsil bo'lmaydi).

Siydikda oqsil paydo bo'lishi qanday ataladi.

Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi.

Addis-Kakovskiy usulda siydik yig'ish va uning texnikasi.

Siydik ajratish tizimi javob variantlari

1-b	16-a	31-a	46- d	60-c	75-d
2-c	17-b	32- a	47-a	61-d	76-d
3-a	18-a	33-c	48-a	62-d	77-c
4-d	19-c	34-d	49-b	63-a	78-b
5-a	20-d	35-a	50-c	64-d	78-b
6-a	21-b	36-c	51-d	65-b	79-c
7-c	22-a	37-b	52-b	66-c	80-d
8-a	23-d	38-b	53-a	67-c	81-a
9-b	24-c	39-d	54-b	68-a	82-a
10-b	25-b	40-a	55-c	69-a	83-b
11-c	26-a	41-a	56-d	70-d	84-d
12-a	27-b	42-c	57-a	71-c	85-c
13-d	28-a	43-b	58-a	72-b	86-c
14-d	29-c	44-a	59-a	73-b	87-a
15-c	30-c	45-d		74-c	

Nazorat savollari va topshiriqlar

Test savollarini eching;

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni asosiy va qo'shimcha shikoyatlarini ayting;

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni ko'zdan kechirish va uning ahamiyatini ayting;

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni palpatsiyasi, perkussiyasi texnikasi va diagnostik ahamiyatini ayting;

O'tkir va surunkali pielonefrit simptomatologiyasini ayting;

O'tkir glomerulonefritlar simptomatologiyasini ayting;

Surunkali glomerulonefritlar simptomatologiyasini ayting;

Surunkali glomerulonefrit bilan kasallangan bemorlarni ko'zdan kechirishning diagnostik ahamiyatini ayting;

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni instrumental tekshirish va dignostik ahamiyati;

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni laborator tekshirish usullari va diagnostik ahamiyati;

Asosiy siydik sindromlari haqida tushuncha bering;

Siydik yig'ish texnikalarini aytib bering;

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar;

1. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.

2. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.

3. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b

4. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b

5. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b

6. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b

7. U.B. Sharopov, F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b
8. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 532 b
9. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
10. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
11. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
12. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y

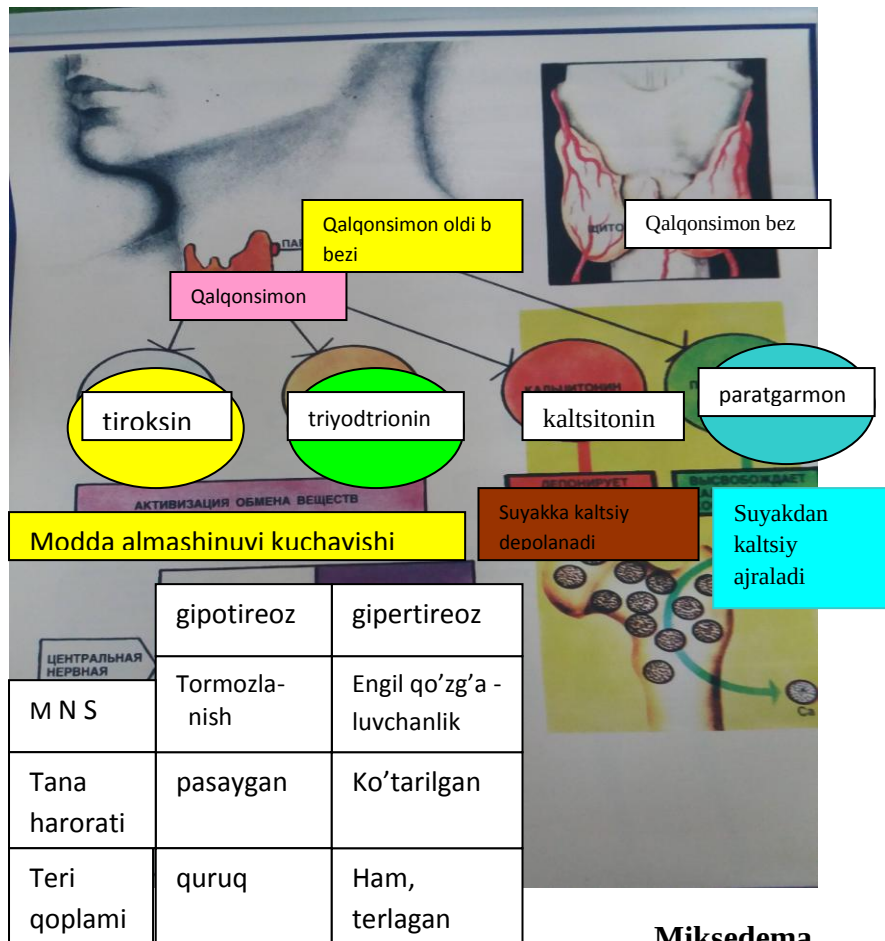
Qo'shimcha adabiyotlar

13. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laboratornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
14. Y.P.Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b
15. M.T. Abramova Gematologicheskij atlas M. Meditsina 1979 y. 320 b
- 16.A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnoz vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b
17. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988 y. v dvux tomax. 973 b
18. Vuddi M i A. Uedan."Praktika". Terapevticheskij spravochnik Vashingtonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
19. AbuAli Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
20. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
21. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
22. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D., Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
23. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
24. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru.,
www.cardiosite.ru., www.consilium-medicum.ru..

Endokrin tizimi kasalliklari. Diffuz toksik zob. Gipotireoz.

Qandli diabet, etiologiyasi, patologiyasi, klinika, diagnostika, shoshilinch yordam

Taynch atamalar: tireotoksikoz, gipotireoz, qandli diabet, tireotoksik kriz, Gref simptomi, mebius simptomi, Yelinek simptomi, Shtelvag simptomi, Koxer simptomi, Mari simptomi, poliuriya, polifagiya, polidipsiya, keton tanachalar, glyukozuriya, diabetik koma, gipoglikemik koma, insulin, giperglikemiya, diabetik angiopatiya, diabetik neyropatiya, diabetik retinopatiya, diabetik polineyropatiya.

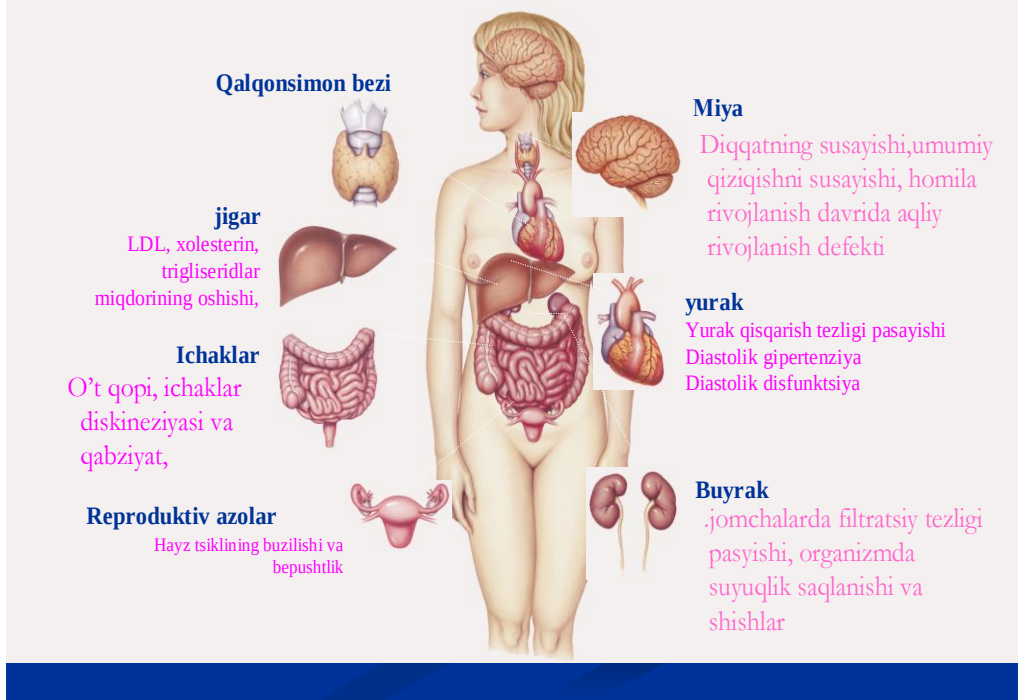


Miksedema

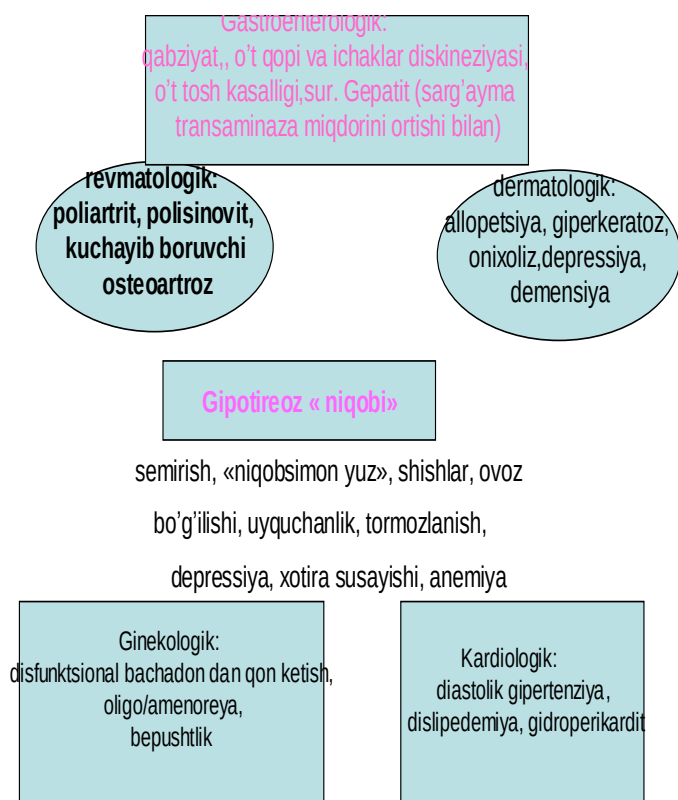
“Miksedema (gipotireoz) shilimshiq shish demakdir” deb, ayrisimon bez funktsiyasi yetishmasligi tufayli kelib chiqadigan kasallikka aytiladi. Bu holatning uncha avj olmagan xili gipotireoz deb ataladi.

Qalqonsimon bezdagi spetsifik to'qimaning kamayishiga olib keladigan hamma sabablar, chunonchi: 1) zaxm, revmatizm, tif singari infeksiyalar; 2) bezning ba'zan arteroskleroz bilan aloqador bo'ladigan qarilik involyutsiyasi; 3) bezning tug'ma yetishmovchiligi, gipoplaziyasi va gipofunktsiyasi, bu-jinsiy jihatdan voyaga yetish yoki klimaks davrida ayniqsa bilinadi; 4) uzoq cho'zilgan giperfunktsiyadan keyin bezning holdan ketishi va atrofiyalanishi; 5) operatsiya qilib bezni olib tashlash; 6) bezning travmalardan shikastlanishi; 7) ayrim hollarda endemik bo'qoq kasallikka sabab bo'ladi. Nihoyat birlamchi tartibda gipofiz shikastlangani holda ikkilamchi gipotireoz yuzaga kelishi mumkinligini nazarda tutish kerak. Ayollar erkaklardan ko'ra ko'proq kasallanadi. Irsiy moyillik muayyan rol o'ynaydi. Patologik anatomik jihatdan bezda parenximasining atrofiyalanib, qo'shuvchi to'qima bilan almashganligini topiladi, organ hajmi kichraygan bo'ladi. Miksedemada boshqa endokrin bezlardan buqoq bezining kichrayib qolganligi, jinsiy bezlarning yetishmaganligi va gipofiz oldin bo'lagining kattalashib ketganligi ko'riladi.

Gipotireozni yuzaga chiqishi va simptomlari



Kasallikning klinik manzarasi tipik hollarda juda ochiq-oydin bo'ladi. Kasallar jismoniy ish qilolmaslikdan, aql-idrok va xotiraning pastligidan noliydi, ovoz xunuk bo'lib chiqadi va xirillay qoladi, qiynalib gapiradi, quloq og'irlashadi, ko'z xiralashadi. Og'ir hollarda kasallar hansirashdan shikoyat qiladi.



Bemorlarni ko'zdan kechirish. Et uvishib turishi, badan terisining boshqacha bo'lib qolganligidan nolish juda xarakterli, Hammadan xarakterli belgisiga-shilimshiq shish, ayniqsa yuz va bo'yinda sezilib turadi hamda kasalning umumiy qiyofasini keskin o'zgartirib qo'yadi. Shishgan yuz qotib qolgandek, keng bo'lib ko'rinadi, sarg'ish bo'ladi, oq, xususan peshonasiga qalin ajinlar tushadi, qovoqlar kerikib turadi va ko'z

yo'riqlarini juda toraytirib qo'yadi burun bilan lablar qalinlashadi. Shish bo'yinga va o'mrov usti bo'shliqlariga tushib, go'yo bosh yelkaga kirib ketgandek bo'lib turadi. Qo'l-oyoqlar ham kattalashadi. Miksedemada ko'riladigan shish odatdagi shishlarga qarshi o'laroq qattiq bo'ladi va paypaslab ko'rilganda chuqurchalar hosil qilmaydi. Miksedemada bo'ladigan shishlar, ba'zan nefrozda ko'riladigan shishlarga o'xshaydi (gipoproteinemiya bo'lganida).

Terisidagi o'zgarishlar. Kasallikning ikkinchi muhim belgisi teri, shilliq pardalar distrofiyasidir, teri quruq, serajin bo'ladi, po'st tashlab turadi, ter bezlari ishlamaydi, tirnoqlar uvalanib tushadi, xira bo'ladi, soch quruq va mo'rt bo'lib, salga to'kilib ketadi, bazan bir kechada sochlari yoki kipriklari to'kiladi. Qoshlarning to'kilib ketishi xarakterli hisoblanadi (teri ustida).

LOR organlari. Ovoz va nutq (hiqildoq va tovush boylamlarini boshlab turgan shilliq pardaning shishuvi tufayli) o'zgaradi. Eshituv yo'lining terisi va evstaxiy nayining shilliq pardasi shishib, qalin tortib qolganligi munosabati bilan quloq og'irlashib qoladi.

Moddalar almashinuvi buzilishi. Kasallikning tipik belgisi moddalar almashinuvinin keskin sekinlashib qolishidir. Asosiy almashinuv qanday bo'lmasin boshqa kasallikdagidan ko'ra ancha ko'p pasayadi (50—60% gacha). Oqsillar sust parchalanadi, uglevodlar qiyinchilik bilan singadi. Shu munosabat bilan tana temperaturasi pasayib ketadi (34° gacha). Miksedema bilan og'rigan kasallarda o'tkir yuqumli kasalliklar ko'pincha normal yoki faqat arziyas darajada ko'tarilgan temperatura bilan o'tadi.

Yurak qon tomir tizimi. Ichki organlarda, xususan yurak qon tomirlar sistemasi ishining sekinlashib va susayib qolganiga xos simptomlar pulsning sekinlashuvi, arterial bosimning kamayishi, yurak qisqaruvchanligi va tonusning pasayishi ko'riladi (miokarddagi distrofik o'zgarishlar va muskul tolalarining shishib ketganligi munosabati bilan), bu yurakning kengayishi, sust qisqarishi (rentgenologik yo'l bilan tekshirishda) elektrokardiogramma tishlarining yoyilib ketishi yoki hatto yo'qolib qolishi bilan birga davom etadi. Gipotireozda kasallarning arteroskleroz bilan og'rishga (qisman xolesterin almashinuvi buzilishi munosabati bilan) va semirib ketishga (tireogen semizlik deb shuni aytiladi) moyil bo'lishini aytib o'tish kerak. Kasallik sekin o'tadi, bir necha yillar davom etadi.

Hazm tizimi. Shilliq pardalar qalin tortadi, shunga ko'ra til katta bo'lib qoladi (shu qadar kattalashib ketadiki, hatto og'izga sig'may qoladi, shuning uchun kasallar og'izni ochib turadi), Kasallar ichak atoniyasi munosabati bilan doim ich qotib yurishi va meteorizmdan qiynaladi. Me'da sekretiysasi susayadi. Jinsiy apparat funktsiyasi ham juda susayadi.

Laborator o'zgarishlar. Anemiya va limfotsitoz neytropeniya avj oladi. Qonda yod miqdori juda kamayib ketadi.

Davosi qalqonsimon bez preparatlarini uzoq muddat yuborib turishdan iborat (o'rnini bosuvchi terapiya). Qalqonsimon bez gormonal bezda tayyor holda bo'ladi (kolloidda). Shuning uchun uni organizmga kiritish uchun hayvonlardan bez to'qimasiga-yangi yoki quritilgan to'qimani olish mumkin, qalqonsimon bez preparati tireodin deb ataladi. Tireodin 0,03 g dan 0,1 g gacha kuniga 2-3 martadan buyuriladi. Tireodin ta'sirida kasallar tamomila boshqacha bo'lib qoladi: 3-4 haftadan keyin hamma o'zgarishlar yo'qolib ketadi va mehnat qobiliyati asliga keladi. Bunday kasallarga keyin ham vaqt-vaqti bilan qalqonsimon bez preparatini ichib yurishga to'g'ri keladi, chunki davo to'xtatib qo'yilsa kasallik simptomlari yana paydo bo'ladi. Preparat dozasi ehtiyot bo'lib tanlanadi va pulsni sanab borish yo'li bilan nazorat qilib turiladi; taxikardiya yuzaga kelib, tana og'irligi kamayganda davoni vaqtincha to'xtatib qo'yish kerak.

Gipertireoz etiologiyasi, patologiyasi, klinika, diagnostika, shoshilinch yordam (Bazedov kasalligi)
Diffuz toksik buqoq (Bazedov kasalligi-morbus Basedowi) neyrohumoral sistemada yuzaga keladigan o'ziga xos o'zgarish tufayli paydo bo'ladi, qalqonsimon bezning giperfunktsiyasi shu o'zgarishning eng xarakterli belgisidir. Bu kasallik bilan ayollar erkaklarga nisbatan 5-10 marta ko'proq kasallanadilar.

Etiologiyasida quyidagi momentlar ahamiyatga ega: 1)shu kasallikka moyil bo'lgan kishilarda kasallikning avj olishiga sabab bo'ladigan ruhiy travmalar; vahima (stress); 2)jinsiy sferaga aloqador endokrin o'zgarishlar (jinsiy funktsiyaning boshlanish davri, abort, klimaks boshlanishi); 3)qalqonsimon bezda asorat «qoldirgan ba'zi yuqumli kasalliklar, shuningdek endemik bo'qoq. Konstitutsional va oilaviy moyillikning ahamiyati bor.

Astenik tuzilishdagi, nerv sistemasi ko'proq qo'zg'alib turadigan, terisi yupqa va nam, tomiri tezroq uradigan ozg'in odamlar bazedov kasalligiga moyil bo'ladi. Shu bilan birga boshqa bezlarninhg giperfunktsiyasi ham qalqonsimon bez giperfunktsiyasiga olib keladi. Bu omillardan tashqari ruhiy travma, infeksiyalar va irsiy omillarning kasallik rivojlanishiga roli kattadir. Qalqonsimon bezning giperfunktsiyasi organ va to'qimalarda har xil o'zgarishlarga olib keladi, shu bilan birga oqsil, yog', uglevod, suv va tuzlar

almashinuvi ham buziladi. Bazedov kasalligining patogenezi uchta mexanizm ta'riflab beradi. Shulardan biriga ko'ra, kasallik mohiyati qalqonsimon bezning kattalashib, bez garmoni-tiroksin ishlab chiqarish funksiyasi keskin darajada kuchayib ketishidan iborat. Avvalo kasallik manzarasining o'zi shu nazariyaning to'g'riligini ko'rsatadi, kasallik simptomlarining ko'pchilik qismiga, shubhasiz, qalqonsimon bez gormonining ortiqcha ishlanib chiqishi natijasi, deb qarash kerak; qalqonsimon bez preparatini (tireoidinni) talay miqdorda organizmga kiritish yo'li bilan o'sha simptomlarni tajribada ham yuzaga keltirsa bo'ladi. Qalqonsimon bezni olib tashlash operatsiyasidan keyin, kasallik ko'rinishlarining barham topib ketishidek shakl shubhasiz vaqt ham xuddi shu nazariyaning to'g'riligini ko'rsatadi.

Shu yaqinda olg'a surilgan ikkinchi mexanizmga muvofiq, bazedov kasalligida qalqonsimon bezning giperfunktseyasi bilan gipertrofiyasi miya ortig'i funktsiyasining o'zgarishi tufayli yuzaga keladigan ikkilamchi hodisadir, bunda miya ortig'i tireotrop gormonni, ya'ni qalqonsimon bezni stimullaydigan gormonni ko'plab ishlab chiqarib turadi.

Uchinchi mexanizmga muvofiq, qalqonsimon bez funktsiyasining buzilishiga (kuchayib ketishiga) olib keladigan o'zgarishlar oraliq miyaga, jumladan kulrang do'mboqqa, balki miyachaga ham bog'liq, chunki shu tuzilmalariga ba'zi qismlariga ta'sir ko'rsatish yuzasidan qo'yilgan tajribalarda qalqonsimon bez giperfunktseyasiga aloqador talaygina o'zgarishlarni keltirib chiqarish, qalqonsimon bezning o'zida esa, struktura o'zgarishlarini topish mumkin bo'ldi. Bazedov kasalligining nerv nazariyasi tarixan eng eski nazariya. Avvalo, klinika tajribasi kasallikning kelib chiqishi nervlarga aloqador ekanligini ko'rsatadi, shunda ham nerv sistemasi oliy bo'limlarining-miya yarim sharlari po'stlog'ining yetakchi ahamiyatga ega ekanligini ko'rsatadi (modomiki shunday ekan, o'rta miyadagi tegishli tuzilmalar ishining buzilishi birlamchi hodisa bo'lmay, keyingi tartibda turadigan hodisadir). Bazedov kasalligining tabiatiga (loaqa shu kasallikning ko'pchilik hollariga) mana shu so'ngi nuqtai nazardan qarashni hammadan to'g'ri, deb hisoblash kerak. Albatta qalqonsimon bez giperfunktseyasining roli bu bilan mutloq inkor etilmaydi, balki mana shu faktor kasallik patogenezida, yuqorida aytilganidek, unga eng xarakterli hisoblanadi.

Qalqonsimon bezning ortiqcha miqdorda ishlab chiqaradigan garmoni sifati jihatidan o'zgargan bo'lishi mumkin (disfunktseyiya). Bu gormon ta'sir etganda, asosan simpatik nerv sistemasini, lekin qisman parasimpatik nerv sistemasini ham qo'zg'atadi (chamasi, ularning markazlarini).

Patologoanatomik jihatdan odatda qalqonsimon bezning, ba'zi, hollarda, diffuz ravishda, boshqa hollarda, tugun-tugun bo'lib kattalashgani aniqlanadi (struma). Mikroskop ostida tekshirilganda pufakchalar yassi epiteliysining tsilindrik epiteliyga aylanib, keskin proliferatsiyaga uchraganligi ko'riladi, natijada manzara adenomaga o'xshab qoladi molekular deyarli yo'qolib ketadi, kolloid esa bo'yalmay qoladi, chunki suyuqlanib, yoddan mahrum bo'lsa ajab emas. Bez qonga to'lganligi bilan ajralib turadi. Normal qalqonsimon bez parenximatoz elementlarining giperplaziyasidan iborat bo'lgan xili bilan yallig'lanishi yoki sklerotik protsess natijasida oldindan o'zgarib qolgan bezning tireotoksik tarzda aynishidan iborat xili, ya'ni ikkilamchi bazedov surtmasi tafovut qilinadi.

Boshqa organlardan gipofizda, shuningdek yurakda (yurak muskuli distrofiyasi) va jigarda (seroz gepatit) yuzaga kelgan o'zgarishlar ko'riladi.

Kasallikning klinik manzarasi shiddat bilan, goho sekin avj olib boradi: odam juda ham asabiylashib bezovtalanib turadigan bo'lib qoladi, umuman holsizlanib, ko'p terlaydi, badani qizib, uyqu buziladi, yuragi o'ynab turadi. So'zlarni to'liq aytishi ham buzilib bazan so'zlar chala gapiriladi, bir soz tugatilmay boshqa so'zga o'tish holatlari ham bo'ladi.

Kasallik manzarasi avvalo ma'lum simptomlar triadasidan a) bezdagi o'zgarishlar (strumadagi); b) ko'zdagi o'zgarishlar v) yurak (taxikardiya) va boshqa azolardagi o'zgarishlardan iborat bo'ladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda quyidagi o'zgarishlarni ko'rish mumkin. Bemorlar ko'p gapiradilar va ko'p kerakmas harakat qiladilar. Teri qoplamlari nam va paypaslaganda issiqdir. Teri elastikligi yuqoriligi va kech ajinlar (burma) paydo bo'lganligi munosabati bilan bemorlar yosh ko'rinadilar. Teri osti yog' qatlami sust rivojlangan, oruqlanish kuchayishi munosabati bilan mushaklar vazni kamayadi. Bazi bemorlarda avtoimmun mexanizmlar natijasida miksedema belgilari namoyon bo'ladi. Bu tizza oldi qismi teri qoplamlarini o'zgarishi bilan bkechadi. Teri qattiqlashadi va shishadi, teri rangi o'zgaradi. Qalqonsimon bezning kattalashuvi buning asosiy simptomi hisoblanadi. Bezning kattalashuvi diffuz va tugunchali bo'lishi mumkin va palpatsiyada yumshoqdir xususan kasallikning boshida, keyinchalik u bezda odatda qo'shuvchi to'qima paydo bo'lishi tufayli qattiqroq bo'lib qoladi. Qalqonsimon bezning kattalashuvini 5 darajasi farqlanadi. I-darajada bezning boyinchasi yutingandab paypaslanadi. II-darajada bez yaxshi paypaslanadi va yutinganda yaxshi ko'rinadi. III-

darajada bez yaxshi ko'rinadi (qalin bo'yin). IV-darajada kattalashgan zob bo'yinni deformatsiyaga uchratadi. V-darajada bez juda katta razmerdadir.

Struma ustida ba'zan auskultatsiyada shovqinlar eshitiladi. Qalqonsimon bezning faqat bir bo'lagi kattalashuvi yoki struma to'sh orqasida retrosternal joylashgan bo'lishi mumkin; u faqat rentgenologik yo'l bilan tekshirishda ma'lum bo'ladi. Ahyon-ahyonda qalqonsimon bez basedov kasalligida kattalashmaydi. Bez funktsiyasining kuchayishi bilan hajmi kattalashuvi orasida to'la muvofiqlik yo'q.

Ko'zning chaqchayib turishi ko'pincha ikkala ko'zga, ahyon-ahyonda bitta ko'zga taluqli bo'ladi. Bunda odam yuzi qo'rqandek, ba'zan butunlay dahshatda qolgandek bo'lib ko'rinadi. Basedov kasalligi uncha avj olmagan paytdayoq, kasalning tikilib boqishi, xususan ko'zning yaltillab turishi diqqatni o'ziga jalb qi'ladi.

Bemorlarda avtorlar bo'yicha quyidagi ko'z simptomlari farqlanadi;

1. Grefe simptomi: ko'z soqqasi pastga harakat qilganida ustki azolarining orqada qolish ko'riladi, shuning natijasida ko'z qorachig'i ustida sklera yo'li ko'rinib turadi;

2. Mebius simptomi- ko'zlar qonvergensiyasining yetishmovchiligi: qanday bo'lmasin buyum (barmoq) bemor ko'zlariga yaqinlashtirilganida, ko'zlar uzoq bir nuqtaga qarab turolmaydi va ko'z soqqasining bittasi yoki ikkalasi g'ayri ixtiyoriy ravishda bir tomonga og'ib ketadi;

3. Ko'zning kam va chala ochilib yumilishi, bu ustki qovoqning orqada qolishi bilan ham, ko'zning chaqchayib turishi bilan ham bog'liq bo'ladi;

4. Ko'z yorug'ining katta ochilib turishi (lagoftalm), ko'z qovoqlarida pigment to'planishi-Elinek simptomi,

5. Shtelvag simptomi-kiprik harakatini chegaralanishi (kam ko'z yumilishi),

6. Koxer simptomi-ko'z kosasini yuqoriga harakat qildirganda yuqori kiprik bilan koz' sklerasi orasida oq liniya hosil bo'lishi,

7. Mari simptomi-uzatilgan qo'llarning mayin titrashi, ekzoftalm-ko'z kosasini tashqariga chiqishi.

Ushbu ko'z simptomlari tegishli ko'z muskullarga innervatsiya qiladigan simpatik nervlar funktsiyasining kuchayib ketishi munosabati bilan kelib chiqadi. Masalan, ko'zning chaqchayib turishi simpatik nervdan to'la oladigan ko'z kosasi orbital muskulining zo'r berib qisqarishiga bog'liq, deb hisoblanadi, o'sha muskul bir uchi bilan ko'z kosasining chetiga biriksa, ikkinchi uchi bilan ko'z soqqasidagi orqa qutbga birikkan bo'ladi, bundan o'sha muskul zo'r berib qisqarganida, ko'z olmasining do'ppayib chiqishi tushunarlidir; Grefe simptomi ustki qovoqni ko'taradigan muskul —zo'r berib qisqarishiga bog'liq, deb hisoblanadi.

Tireoid garmonlarning ko'payishi hujayralar va mitoxondriyalar membranasi o'tkazuvchanligini oshiradi va oksidlanish hamda fosforillanish jarayonlarini buzadi, makroergik fosfatlarni tanqisligiga olib keladi. Bunday tanqislikni kamaytirish uchun oksidlovchi fermentlar aktivligi oshishi hisobiga oksidlanish jarayonlari kuchayadi. Oksidlanish jarayonlarini kuchayishi yog'lar va glikogenni parchalanishi hisobiga bo'ladi. Bu kompensator mexanizmlar makroergik fosfatlar tanqisligini bartaraf qila olmaydi. Organ va azolarni ko'p ishlashini taminlasg uchun oqsil kerak bo'ladi, oqsil sintezi buzilganligi munosabati bilan bu jarayon ham buziladi. Shu munosabat bilan organ va to'qimalarga distrofik o'zgarishlar yuzaga keladi. Bu distrofik o'zgarishlar yurak, jigar, buyrak va boshqa azolar faoliyatini buzilishiga olib keladi. Gipertireozda yurak faoliyatini buzilishida birinchi navbatda taxikardiya bo'ladi, simptom tariqasida ba'zan, kasallikning birdan-bir belgisi bo'ladi. Avvaliga u notayin bo'ladi va, faqat, harakat vaqtida yoki hayajonlanganda ro'yobga chiqadi; keyinchalik u doimiy bo'lib qoladi va tinch holatda ham kuzatiladi. Kasallar yuragining o'ynab turishini sezadi, puls to'la va ba'zan, bir qadar tarang bo'ladi. Arterial bosim bir oz ko'tariladi, minimal arterial bosim pasayadi. Mayda va yirik tomirlar tegib turadi, kapillyar puls ham kuzatilishi mumkin. Qon aylanish tezligi juda ortgan, aylanib turadigan qon massasi bilan minutlik hajmi ham ko'payib qolgan bo'ladi. Kasallikning dastlabki davrida yurak o'zgarmaydi, zarbi zo'raygan, tonlar juda kuchaygan, qattiq bo'ladi. Keyinchalik yurak gipertrofiyasi va dilyatatsiyasi belgilari yuzaga keladi, ritm buziladi, bo'lmalar titrashi va ekstrasistoliya ko'rinishida yuzaga chiqadi, Mitral klapan proektsiyasida funktsional shovqinlar, shu bilan birga, sistolik va ba'zan, diastolik shovqin ham eshitiladi. Pirovard natijada yurak yetishmovchiligiga xos og'ir manzara paydo bo'lib, qon dimlanib qolishiga aloqador hodisalar kelib chiqadi. Yurak qon tomir faoliyatini kuchli buzilishi hisobiga tireotoksik yurak vijudga keladi yani yurak yetishmovchiligi belgilari namoyon bo'ladi. Bundy bemorlarda nafas olish yuzaki, tezlashgan, bu nafas olish aktida ishtirok etadigan mushaklar tonusi pasayishi hisobiga bo'ladi. Bemorlarda hansirash, kuruq yo'tal paydo bo'ladi. Bu kichik qon aylanish doirasida dimlanish tufayli bo'lsa bir tomondan, ikkinchi tomondan kattalashgan qalqonsimon bez traxeya va bronxlarni qisishi hisobiga bo'ladi (retrosternal zobda). Basedov kasalligida yurak simptomlarining kelib chiqishiga, bir

tomondan, vegetativ nerv sistemasining ortiqcha qo'zg'aluvchanligi va moddalar almashinuvining kuchayganligi sabab bo'lsa, ikkinchi tomondan miokarddagi distrofik o'zgarishlar sabab bo'ladi (miokardning holdan toyishi natijasida ham, ortiqcha bez gormonining zaharli ta'sir ko'rsatishi natijasida ham). Nerv sistemasiga aloqador belgilardan umuman ortiqcha qo'zg'alish, titroqlik, xususan oldinga uzatilgan qo'llarning qaltirashi, oyoqlar, bosh, ayrim muskul gruppalarining ham titrab turishi ko'riladi; bemorlar effektlarga moyil, besabr, shoshqaloq bo'ladi, ba'zan psixozlar kuzatiladi. Pay reflekslari kuchaygan bo'ladi, tireotoksik nevrallgiya, nevrillar rivojlanadi.

Diffuz toksik buqoqda qondagi o'zgarishlar spetsifik bo'lmasada gipoxrom anemiya, leykopeniya nisbiy limfotsitoz bilan, EchT oshishi, gipoxolesterenemiya, giperglikemiya kuzatiladi, siydik bilan mochevina, kreatinin ajralib chiqadi, kalsiyni siydik va najas bilan ajralishi ko'payadi.. Qonda oqsil bilan bog'langan yodning ko'pligi, qalqonsimon bezda ^{131}I yuqori darajada yutilish ko'rsatkichi, triyodtironin (T_3) va tiroksin (T_4) qonda topilishi, asosiy almashinuv ko'rsatkichlarining kuchayishi tireotoksikoz diagnozini tasdiqlaydi. Kasallikning kechishi bo'yicha yengil, o'rtacha og'irlikda va og'ir shakillari tafovut qilinadi. Engil shaklida puls chastotasi 100 martagacha minutda bo'ladi, bemorlar 3-5 kggacha vazn tashlaydi, asosiy almashinuv 30% gacha oshadi. Kasallikning o'rtacha og'irlikda kechish shaklida puls chastotasi 100-120 marta minutda bo'ladi, bemorlar 6-10 kggacha vazn tashlaydi, asosiy almashinuv 30-60% gacha meyorga nisbatan oshadi. Og'ir daraja bilan kasallangan bemorlarda kaxeziya kuzatilib, ko'p vazn yo'qotadilar, kuchli taxikardiya yurak urishi 120dan ko'payadi, asosiy almashinuv meyorga nisbatan 60% dan oshib ketadi. Bu holatda bemorlarda hilpillovchi aritmiya, yurak va buyrak usti bezi etishmovchiligi, jigarni shikastlanish belgilari qo'shiladi.

Oqsillar zo'r berib parchalanadi, qand almashinuvi izdan chiqadi (qondagi qand miqdori ko'payadi, ovqat nagruzkasidan keyin esa, siydikda ham qand paydo bo'ladi), qonda xolesterin miqdori kamaygan bo'ladi, disimilyatsiya protsesslari assimilyatsiya jarayonidan ustunroq turadi. Natijada odam basedov kasalligiga xos tarzda ozib ketadi. Odam haddan tashqari tez ozib ketishi mumkin, biroq ahvoli yaxshilanganda vazni yana tez ortib boradi.

Tireoid garmonlarning ko'payishi hujayralar va mitoxondriyalar membranasi o'tkazuvchanligini oshiradi va oksidlanish hamda fosforillanish jarayonlarini buzadi, bu o'z navbatida tanada issiq hosil bo'lishiga va makroergik fosfatlarni tanqisligiga olib keladi. Tana temperaturasi odatda 37,5 gacha, ahyon-ahyonda 38 gacha va bundan ortiqroq ko'tarilishga moyil bo'ladi. Kasallar badani qizib turishi va hadeb terlayverishidan qiynalib, yengil kiyinib yuradi, kechasi esa, yopinib yotadi. Zo'r berib issiq ajralib turadigan bo'lganligidan teri qizg'ish bo'lib turadi, odatda teri ham, yupqa va elastik bo'ladi keskin dermatografizm kuzatiladi.

Qalqonsimon bez funktsiyasi, shu bezning nishonlangan yodni tutib qolish xususiyatiga qarab tekshiriladigan bo'lsa, funktsiyasi odatda kuchaygan bo'lib chiqadi.

Hazm organlariga aloqador belgilardan me'da sekreti yasining kuchaygan bo'lishi, appetit kuchaygan bo'ladi, qorinda og'riq bo'ladi, ko'ngil aynishi, ich suyuq ketishi va qayt qilib turish xarakterli bo'ladi, bazan ichi kabziyat bilan o'tadi. Ichaklarda uglevodlar so'rilishi kuchayib kandli diabet kartinasini berishi mumkin. Jigarda yog'li infiltratsiya yuzaga kelishi munosabati bilan u kattalashadi, bilirubinni kon'yugatsiyalash funktsiyasi buzilishi tufayli toksik sariqlik yuzaga keladi. Bu kasallikning og'ir ko'rinishlari jumlasiga kiradi. Jinsiy funktsiya ko'pincha izdan chiqqan bo'ladi (hayz kamayib qoladi); ko'krak bezlarining yaxshi yetilib qolishi, jinsiy moyillik susayishi kuzatiladi, kasallikning o'tishi har xil bo'ladi va bilinmaydigan yengil formalaridan tortib (gipertireoz), o'tkir holda kechadigan og'ir jarayongacha boradi. Kasallik odatda vaqt-vaqti bilan qaytib hamda zo'rayib, necha yillargacha cho'ziladi. Yurak bilan jigarda tobora zo'rayib boradigan o'zgarishlar yuzaga kelishi xavfli, bu o'zgarishlar o'limga olib borishi mumkin. Suyaklar va mushaklar tomonidan osteoporozlar kuzatiladi.

Tireotoksik kriz. Diffuz toksik zobning hayotda xavf soladigan asorati tireotoksik krizdir. Buning rivojlanishiga stress holatlari, operatsion muolajalar, infektsiyalar rol o'ynaydi. Ko'p miqdorda tireoid garmonlarning qonda tushishi va tireotoksikoz simptomlarining kuchayib ketishi bilan tireotoksik kriz yuzaga chiqadi. Bemorlarda tana harorati 38-40°

C gacha ko'tariladi, ruhiy qo'zg'alishlar, allaxsirash, galyutsinatsiya kuzatiladi, puls chastotasi 150 martadan ko'payib ketadi, hilpillovchi aritmiya yuzaga chiqadi ko'pincha, qorinda kuchli og'riq paydo bo'ladi, bemorlarning ichlari suyuq o'tadi, bazan terilari sarg'ayadi, holdan ketish, qayt qilish hodisalari kuzatiladi, mushaklar gipotoniyasi yuzaga chiqadi. Bemorlarda og'ir darajadagi suvsizlanish vujudga keladi, qon plazmasida natriy, kaliy va xlotidlar kontsentratsiyasi kamayib ketadi. Qalqonsimon bezda yod to'planishi bilan

birga bezning garmonal faolligi ashadi. Og'ir holatlarda o'tkir yurak, jigar, buyrak usti bezi etishmovchiligi rivojlanadi. Bemorlarda koma rivojlanib o'limga olib kelishi mumkin.

Ba'zan basedov kasalligi miksedomaga aylanadi.

Davosi asosan xirurgik, ya'ni bezning kattagina qismini olib tashlash. Yurakka aloqador hodisalar operatsiya qilishga monelik qilmaydi, chunki boshqa davo vositalari naf bermaydi, operatsiyadan keyin esa qon aylanishi xiylagina va tez orada yaxshilanib qoladi. Operatsiya qilishdan oldin yodning kichik dozalari bilan davo kursi o'tkazish zarur. Yod yoki lyugol eritmasi ko'rinishida 10,0gr, kuniga 15 tomchidan 1-3 marta, yoki 5% li kaliy yodid eritmasi ko'rinishida kuniga 5 tomchidan 3 marta 3 hafta davomida beriladi. Yod bilan davolash kursidan keyin bemorlarning umumiy ahvoli odatda ancha yaxshi bo'lib qoladi, asosiy almashinuv pasayadi, kasallikning boshqa ko'rinishlari ham susayadi va operatsiya osonroq o'tadi. Yod bilan davo qilish aksariyat hollarda kasallikning uzoq bosilib turishiga (yoki bemorning tuzalib ketishiga) olib kelishi mumkin.

Yod bilan davo qilish takror buyurilganida kamroq nafas berishi ma'lum bo'lgan. Yod bilan davo qilish shunga asoslanganki, qonda anorganik yod miqdori ko'payadi (organik yod miqdori esa kamayadi) va yod qalqonsimon bezda zo'r berib to'planadi. Yod o'rniga diyodtirozin va betazin qo'llash ham tavsiya etiladi (0,05-0,1 g dan kuniga 3 marta).

So'ngi vaqtlarda siydikning unumi — tiouratsil bilan davolash usuli muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda. Davo kursi 2 hafta mobaynida 0,2 g dan ovqatdan keyin kuniga 3 marta, keyin esa 2 hafta mobaynida 0,2 g dan kuniga 2 marta va, nihoyat, 2-4 hafta mobaynida yana xuddi shunday dozada kuniga bir marta preparat ichishdan iborat, bunday davo umumiy almashinuvining xiylagina pasayishiga, simpatik nerv qo'zg'aluvchanligining kamayishiga olib keladi; kasallikning talaygina simptomlarining qaytishi boshlanadi va ba'zan, kasallik uzoq vaqtgacha bosilib turadi. Ba'zan kichik dozada, kuniga 10 birlikdan 2-3 marta insulin bilan davolash yaxshi naf beradi. Rentgenoterapiya juda kam qo'llaniladi. Rentgenoterapiyadan maqsad-X nurlari ta'sirida qalqonsimon bez to'qimasining bir qismini yemirish. Shu usul bilan davolashda qanday dozada nurlantirish masalasi qiyinchilik tug'diradi. Odatda bezning turli maydonlariga 3-4 marta nur beriladi. Bu usulning kamchiligi shuki, u bezda chandiq va bitishmalar paydo bo'lishiga yordam beradi, bu keyinchalik operatsiya qilishni qiyinlashtirib qo'yadi. Basedov kasalligiga muhtalo bo'lgan bemorlarga nishonli yod yordami bilan (yod 131 bilan) davo qilishning yangi usuli juda foydali; radioaktiv yod 5-6 mill. kyuridan 1-2 marta yoki kurs ko'rinishida mayda dozalar bilan beriladi. Bu usul tufayli kelajakda operatsiya usuliga hojat qolmasa kerak. Yuqorida tasvir etilganlardan tashqari, nerv sistemasini tinchlantiradigan moddalar (lyuminal, brom, xinin va boshqalar), shuningdek simpatik nerv qo'zg'aluvchanligini kamaytiradigan preparatlar (vorsinkalardan olinadigan ergotaminni kuniga 3 marta 0,1-0,2 mg dan teri ostiga yuborish) ahamiyatga ega. Ovqat, sut va o'simliklardan tayyorlangan, lekin mo'l va sifatli bo'lishi kerak.

Qandli diabet

Qandli diabet (diabetes mellitus) bu meda osti bezining β -hujayrasi etishmovchiligi yoki kontrinsulyar garmonlar ko'payishi hisobiga insulin ishlab chiqarilishi kamayishi yoki uning inaktivatsiyasi tufayli moddalar almashinuvi buzilishi bilan kechadigan kasallikdir. Qandli diabet meda osti bezining langergans orolchalarida betta hujayralari birlamchi yoki ikkilamchi etishmovchiligi natijasida insulin sintezi (absolyut va nisbiy) kamayishi va qonda va siydikda glyukoza miqdorini oshishi natijasida yuzaga keladigan kasallik. Butun jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (BJSST) da qayd etilishi bo'yicha, bu kasallikka asosan ovqat maxsulotlarini haddan ziyod istemol qilish, semizlik va kamharakatchanlik ko'pincha sabab bo'ladi.

Hozirgi vaqtda qandli diabet bilan kasallanish ko'payib bormoqda. Kasallanish semiz kishilarda va yoshi o'tgan odamlar orasida ko'proq uchraydi, yoshlar (bolalar) orasida uchrashi ham inkor qilinmaydi.

Etiologiyasi, patogenezi. Qandli diabetni patogenetik shartli ravishda 2 guruhga bo'lish mumkin **I-tip insulinga bog'liq va II tip insulinga bog'liq bo'lmagan turi.** Insulinga bog'liq bo'lgan I tip, buni kelib chiqishiga asosan autoimmun mexanizmlar rol o'ynaydi ya'ni meda osti bezi betta hujayralariga (antigen HLA-B 8, HLA-B 15 mana shu antigen mavjud kishilarda va kasallik rivojlanishi 2,5-3 baravar oshadi) qarshi antitelo ishlab chiqariladi, bunga asosan virusli infektsiyalar rol o'ynaydi. Insulinga bog'liq bo'lmagan II tip, buning rivojlanishiga asosan irsiy moyillik rol o'ynaydi, bu tipdagi qandli diabetning geni 11 xromasomaning elkasiga joylashgan deb hisoblanadi. Kasallikning keltirib chiqaruvchi patogenetik omillarni shartli ravishda gruxlarga bo'lish mumkin.

1. Meda osti beziga bog'liq bo'lgan sabablar (langergans orolchalari yallig'lanishi, o'smasi, qon tomirlari trombozi yoki embollari, yon atrof o'smalarini langergans orolchalari qon bilan ta'minlovchi tomirlarni siqib qo'yib ishemiyaga olib kelishi, langergans orolchalari genetic etishmovchiligi va h. k.).

2. Meda osti beziga bog'liq bo'lmagan sabablar (kontrinsulyar garmonlar ko'payishi m: buyrak usti bezi, qalqonsimon bezi garmonlari, glyukogon garmoni, gipofiz garmonlari, insulinaza fermenti va boshqalar.

3. Insulinning aminokislotalar zanjiridagi aminokislotalar ketma-ketligi buzilishi yoki ikala zanjir orasidagi bog'ning uzilishi yoki shu zanjirlarni rux elementi bilan bog'lanishini buzilishi tufayli yuzaga keladi.

4. Langergans orolchalari travmalari (pichoq, avtokatastrofa, jang maydonida olingan travmalar va b.q.) natijasida yuzaga keladi.

5. Langergans orolchalarini toksik shikastlanishi.

6. Langergans orolchalarini sistemali kasalliklar ta'sirida yoki boshqa a'zolar etishmovchiligida hosil bo'ladigan toksinlar ta'sirida shikastlanishi.

7. Langergans orolchalarini infeksiyon shikastlanishi natijasida.

8. Langergans orolchalarini radiotoksinlar natijasida shikastlanishi.

9. Langergans orolchalariga yaqin joylashgan a'zolar yallig'lanishining orolchaga o'tishi va h. k.

10. Alfa hujayralari giperproduksiyasi natijasida glyukagonning ko'p miqdorda ishlab chiqarilishi.

11. Organizmning insulinga bo'lgan sezuvchanligini pasayishi.

12. Organizmni shu jumladan langergans orolchalarini yog' bosishi.

13. Gemoxromatoz (bronzoviy diabet)-bunda betta hujayralarda temir to'planib qoladi natijada insulin sintezi buziladi.

14. Irsiyatning rolini ham inkor etib bo'lmaydi.

15. Nohush omillar(ruhiy iztirob, meda osti bezi kasalligi muntazam ravishda palapartish ovqatlanish va h.k) ta'siri ostida rivojlanadi.

16. Ko'p miqdorda ovqat istemol qilish.

17. Itsenga- Kushing sindromi.

Bu ko'rsatilgan sabablarning hammasini birlamcni va ikkilamchi qandli diabet yoki insulinning absolyut yoki nisbiy etishmovchiligi deb qarash mumkin. Insulinning absolyut va nisbiy etishmovchiligi mushaklarda va yog' hujayra membranalarida, glyukozani, aminokislotalarni, yog' kislotalarni, fosforni, kaliy va natriyni o'tkazuvchanligini pasaytiradi buning oqibatida glyukozaning almashinuvi orqali boshqa moddalarga o'tishi buziladi yoki glyukozani fosforillanishi susayadi. Bunday holatlarda langergans orolchalari betta hujayralarida insulinning sintezi yetishmovchiligi yoki uning faolligini pasayishi yuzaga kelib, qonda va keyinchalik siydikda glyukoza miqdori oshib ketishi kuzatiladi.

Qandli diabet yoki ilgarigi nom bilan atalganda qandli siyish, modda almashinuvi asosan uglevod, yog'lar, oqsil va suv va mikroelementlar ballansini buzilishiga olib keladigan insulin yetishmovchiligi bilan bog'liq kasalliklardan biridir. Noxush omillar (ruhiy iztirob, me'da osti bezi kasalligi muntazam ravishda palapartish ovqatlanish va h.k) ta'siri ostida rivojlanadi. Kasallik mohiyati organizmning organlari va to'qimalariga ovqat bilan tushgan qand moddasini yig'ish qobiliyatining buzilishidan iborat. Singmagan qand qonga tushadi va siydikda paydo bo'lib siydik orqali tashqariga chiqadi. Me'da osti bezida pankreatit orolchalar nomini olgan orolchalar bo'lib, ularni birinchi bo'lib tasvirlagan olim sharafiga Langergans orolchalari deyiladi. Orolcha hujayralarida organizmda qandning singishiga imkon beradigan insulin garmoni ishlab chiqariladi. Xuddi shu insulin yetishmasligi qandli diabetning bevosita sababchisi deb hisoblanadi. Insulyar apparati faoliyati butun neyroendokrin sistema bilan bog'langan va uning biror zvenosidagi buzilishlar bu apparat funktsiyasining buzilishiga olib kelishi mumkin. Uglevodlar almashinuvining buzilishi insulinning etishmovchiligi glyukoneogenez, glikogenoliz jarayonlarini kuchaytiradi va jigar va mushaklarda glikogen sintezining buzilishi bilan kechadi. Normada qand siydik bilan ajralib chiqmaydi. Siydik hosil bo'lishi jarayonida qandning kanalchalardagi birlamchi siydikdan qayta so'rilishi ro'y beradi. Qondagi qand miqdori anchagina oshganda teskari so'rilish protsessi buziladi va siydikda qand paydo bo'ladi. Siydik orqali katta miqdorda qand ajralib chiqadi. Siydik orqali katta miqdorda qand va suv ajralishi organizmning suvsizlanishiga, kuchli tashnalikka sabab bo'ladi. Natijada qand organizmga singmaydi va u organizmning hayot faoliyatida yetarlicha qatnashmaydi. Organizm to'qimalar va organlaridagi oqsillar va yog'lardan energiya resurslarini safarbar qiladi bu tobora oriqlab ketishiga olib keladi.

Uglevod almashinuvi buzilishi. Insulin etishmovchiligida glyukoneogenez va glikogenoliz jarayonlari kuchayadi va glikogen sintezi pasayadi. Uglevod almashinuvi buzilishi natijasida giperglikemiya va glyukozuriya yuzaga keladi. Bu bir tomondan glyukozaning mushaklarga sekin o'tishi bilan bog'liq bo'lsa, ikkinchi tomondan ularni yog' to'qimalarga o'tishi sekinlashishi hisobiga bo'ladi. Ularning fosforlanish

jarayoni sekinlashishi uning parchalanishini sekinlashtiradi, glikogen sintezi buziladi, uglevodlarni yog'larga aylanishi susayadi. Glikogen jigardan parchalanib glyukozaga aylanadi va qonga o'tadi. Glikogenli aminokislotalardan ham glyukoza hosil bo'ladi.

Oqsil almashinuvi buzilishi. Oqsil almashinuvi buzilishida glikogenli aminokislotalardan glyukoza sintezi borishi, organizmdagi oqsillar parchalanishi kuchayadi, shu tufayli oqsil sintezi buzilishi kuzatiladi va trofik yaralar hosil bo'ladi va yaralar bitishi qiyinlashadi.

Yog'lar almashinuvi buzilishi. Insulin etishmovchiligi natijasida organizmda lipoliz jarayonlari kuchayadi, qonda erkin yog' kislotalar to'planishiga olib keladi. Yog'lar oxirigacha parchalanmaydi (yonolmaydi), qonda yog'ning chala yongan maxsulotlari ko'payadi. Yog'lar almashinuvi buzilishi bu yuqori yog' kislotalar va neytral yog'larning uglevodlardan hosil bo'lishi buziladi. Bu bemorlarni ozishiga va jigarni yog'li infiltratsiyasiga olib keladi. Bu ketozga olib kelib, qonda atseton, β -oksimoy, atsetouksus kislotalar to'planishiga olib keladi va siydik bilan ham ajraladi. Keton tanachalarni qonga to'planishi diabetik komaga olib keladi.

Suv va elektrolit almashinuvi buzilishi. Buyrak kanalchalarida osmotik bosimning ortishi suvning qayta so'rilish jarayonini sekinlashtiradi, poliuriyaga olib keladi va bu suv va elektrolit almashinuvi buzilishiga olib keladi. Siydik bilan birga ko'p miqdorda natriy, kaliy elementlari chiqib ketadi.

Insulin etishmovchiligi vitamin B6 ning fosforillanish jarayonini buzilishiga olib keladi va bu nevrologik belgilarni polineyropatiyalar yuzaga chiqishiga olib keladi.

Patologo-anatomik o'zgarishlar. Meda osti bezida betta hujayralarni kamayganligini, ularni degeneratsiyasini, gialinoz va fibrozli o'zgarishlarini ko'rishimiz mumkin. Tomirlarda morfologik o'zgarishlar kuzatiladi, ko'z to'r pardasida tomirlar angiopatiyasi (retinopatiya), nerv hujayralarida (neyropatiya), buyrakda (tugunchali glomeruloskleroz, kanalchali nefroz) kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Qandli diabetning quyidagi klinik bosqichlari farq qilinadi.

1. Diabet oldi bosqichi
2. Yashirin (latent subklinik) diabet
3. Yaqqol (klinik) diabet

Uchlik simptomdan tashkil topgan bu: poliuriya-ko'p siyishdan, kechqurungi siydik miqdori va chastotasi oshishi yani nikturiya, polidipsiya-(tashnalik), polifagiya-ishtaha kuchayishidir. Giperlipedemiya (qonda to'yinmagan yog' kislotalar miqdori oshishi, lipid, xolesterin, fosfolipidlar, triglitseridlar) miqdorini oshishi. To'yinmagan yog' kislotalarni jigarga kelishi, bularni ko'p oksidlanishiga olib keladi va bu o'z navbatida atsetil-KoA hosil bo'lishiga olib keladi va bundan atsetouksus, β -oksimoy kislota, atseton hosil bo'ladi. Giperketonemiya lipid almashinuvining og'ir buzilish turi bo'lib, insulin etishmovchiligi sharoitlarida 300-400 mg/l etadi. Bemorlar teri qichishidan, ayollar ko'pincha tashqi jinsiy azolari atrofi qichishidan noliydilar. Umumiy darmonsizlik orta boradi. Tana massasi kamayadi, bular suvsizlanish oqibatida terining oziqlanishi buzilishidan vujudga keladi. Bunday bemorlarda aterosklerotik jarayonlar, yog' almashinuvining buzilishi munosabati bilan odatdagidan kuchliroq rivojlanadi. Shuning uchun diabet kechishini yurak toj tomirlari (miokard infarkti yuz berishi) va miya tomirlari (insult) zararlanishi ko'rinishidagi aterosklerotik belgilar og'irlashtirishi mumkin. Tana massasi kamayadi bu asosan suv yo'qotish, oqsil, uglevod, yog'lar katabolizmi hisobiga bo'ladi. Periferik tomirlar to'ri kengayishi tufayli teri qoplamlari pushti rang tus oladi, aksariyat terida chipqonlar (qichishda tirnallish sababli) paydo bo'lib, bular suvsizlanish oqibatida terining oziqlanishi buzilishidan vujudga keladi. Bunday bemorlarda aterosklerotik protseslar yog' almashinuvining buzilishi munosabati bilan odatdagidan kuchliroq rivojlanadi. Shuning uchun diabet kechishini yurak toj tomirlari (miokard infarkti yuz berishi ehtimol) va miya tomirlari (insult) zararlanishi ko'rinishidagi ateroskleroz belgilari og'irlashtirishi mumkin. Tomirlarni shikastlanishi juda xavfli bo'lib, o'limni va nogironlikni asosiy sababi hisoblanadi. Tomirlarni shikastlanish spetsifik mikroangiopatiyalar va nospetsifikda makroangiopatiyalar bo'lishi mumkin. Tomirlarni og'ir shikastlanishida ikala holat birgalikda kelishi ham mumkin. Tomirlar, kapilyarlar shikastlanishi natijasida barcha ichki azolarda o'zgarishlar bo'ladi.

Nafas olish tizimi. Nafas tizimi tomonidan organizmning immun sistemasi susayganligi tufayli tez-tez bronxit, pnevmoniya, tuberkulyoz kabi kasalliklar rivojlanadi.

Qon-tomir tizimi: qon tomirlarda aterosklerotik jarayonlar rivojlanib kardioskleroz, stenokardiya, miokard infarkti, kapilyarlar angiopatiyasi, oyoq panjalari gangrenasi kabi kasalliklar rivojlanadi.

Ovqat hazm qilish tizimi. Hazm tizimi tomonidan ishtaha kuchayadi (bulemiya), og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar, meda sekretsiyasi susayib gipo va axlorgidriya kuzatiladi, jigarda yog'li distrofiya, yog'li

infiltratsiyasi bo'ladi, steatogepatit kuzatiladi va tsirroz kelib chiqadi. O't qopida yallig'lanishlar, toshlarni paydo bo'lishi, meda osti bezining sekretor, motor funksiyasini buzilishi kabi o'zgarishlar yuzaga keladi. Qizilo'ngach va ichaklar disfunktsiyasi kuzatiladi.

Siydik ajratish tizimi. Deyarli 30-35% bemorlarda buyrak tomirlarida ateroskleroz va intrakapilyar glomeruloskleroz Kimmelstil-Uilson rivojlanadi. Buyrak kapilyarlarida almashinuv buziladi, buyrak ishemiyasi natijasida renin-angiotenzin faoliyati oshib qon bosimi oshadi, siydik tekshirilganda proteinuriya, tsilindruriya, mikrogematuriya, izostenuriya ko'rishimiz mumkin. Bu toifa bemorlarni ko'zdan kechirilganda yuzlarida, qovoqda, oyoqda shishlar ko'rish mumkin, anemiya va EChT oshishini ko'rishimiz mumkin. Buyrak tomirlaridagi glomeruloskleroz kuchayib ketadi, buyrak etishmovchiligi boshlanib ketadi. Bu vaqtda glyukozuriya ham kuzatiladi. Oxirida buyrak etishmovchiligi yuzaga chiqib bemorlar vafot etadilar. Siydikga leykotsituriya, suydik bilan ko'p miqdorda bakteriyalar chiqadi. Kapilyarlardagi o'zgarishlar tufayli ushbu simptomlar: retinopatiya, gipertoniya, albuminuriya rivojlanadi. Glomerulonefrit, pielonefrit rivojlanadi.

Ko'rish azolari: Yashirin diabetda ko'pincha tomirlarni shikastlanishi diabetning klinikasidan oldin yuzaga chiqadi. Ko'z tubi kapilyarlari angiopatiyasi bo'lib, ko'rish qobilyatini pasayishini, ko'zi xiralashishini misol qilib olish mumkin. Ko'z tomonidan retinopatiya bo'lib, ko'zning to'r pardasida qon tomirlar mikroanevrizmi, venulalarni kengayishi, to'r pardada qon quyilishlar va eksudat yig'iladi, gemorragiya bo'lib, pigment anomaliyasi sariq dog' bo'ladi. Chandiqli o'zgarishlar, to'r parda ko'chishi, shishasimon tanada tomirlar proliferatsiyasi, gemoragik glaucoma kabi o'zgarishlar bo'ladi. Tez-tez katarakta rivojlanib turadi.

Asab sistemasi. Asab sistemasi tomonidan polinevrit, polineuropatiya rivojlanadi. Yuza va chuqur sezuvchanlikni buzilishi, reflekslarni susayishi, harakatni buzilishi kuzatiladi va buning oqibatida og'riqlar paydo bo'ladi. Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi hisobiga insult rivojlanadi. Asab tizimi tomonidan markaziy nerv tizimi, nevrozga o'xshash holatlar, ensefalopatiyalar, mielopatiya shular bilan birga periferik asab tizimi ham shikastlanadi, bosh miya, orqa miya, vegetativ neyropatiya, yurak-qon tomir, hazm tizimi, siydik ajratish tizimi innervatsiyasi buziladi. Oyoq nervlari polineuropatiyasi kuzatiladi. Klinik simptomlari nerv sistemasi shikastlanish xarakteriga bog'liq, parez, paresteziya, sezuvchanlikni buzilishi, ataksik, vazomotor buzilishlar, mushaklarni bo'shalishi, og'riqli sindromlar, xotiraning susayishi va h. k. Vegetativ buzilishlar ter ajralishining buzilishi, ichak motorikasi buzilishi, erkaklar jinsiy faolligini susayishi kabi o'zgarishlar namoyon bo'ladi.

Tomirlarni shikastlashi asosan kapilyarlarni ichki intima qavatida gialinlar cho'kib qolib, kapilyarlarni o'tkazuvchanligini buzadi va shu tufayli barcha a'zolarda tomirlarga bog'liq o'zgarishlar kelib chiqadi, bu tomirlarni spetsifik shikastlanishiga kiradi va tomirlar mikroangiopatiyasiga olib keladi. Misol uchun buyrak kapilyarlariga o'zgarish bo'lib, nefropatiya yoki ko'pgina a'zolarda, jumladan ko'z tubida angiopatiya ya'ni tekshirganda kapilyarlari kengayadi to'r parda kapilyarlari angiopatiyasi va h.k. Nospetsifik o'zgarishlarga tomirlarda rivojlanadigan ateromatoz o'zgarishlar kiradi.

Kapilyarlar tomonidan kapilyarlar angiopatiyasi rivojlanadi. Bazan oyoq tomirlari shikastlanib, terisida atrofiya, arteriya dorzalis pedisda pulsatsiyaning susayishi, oyoqlarida og'riq, paresteziya bezovta qilib turadi, harakatda oqsoqlanish (oqsoqlab yurish), keyinchalik kapilyarlarda shunchalik o'zgarish bo'ladiki, almashinuv butunlay buzilib gangrena (diabetic tovon) ga olib keladi.

Suyak mushak tizimi: qandli diabetning dekompensatsiya davrida mushaklar atrofiyaga uchraydi va osteoparozlar kuzatiladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri qizargan, asosan yuz, yonoq sohalari va peshona sohasi. Periferik tomirlar to'ri kengayishi tufayli teri qoplamlari pushti rang tus oladi, lunjlari qizarishi, peshonasi, iyak osti qizaradi (rumyanets), kapilyarlar kengayishi (rubeoz) hisobiga, vitamin A almashinuvi buzilishi hisobiga qo'l kaftlari va oyoq tovonlari sarg'ish tovlanadi, aksariyat terida chipqonlar (qichishda tirnalar sababli), zamburug'li kasalliklar rivojlanadi, ayollarda tashqi jinsiy azolar sohasida qichish paydo bo'ladi zamburug'li kasalliklar tufayli va teri tarangligi yo'qoladi hamda quruq, sovuq, terida qashalgan izlar ko'rish mumkin, yiringli toshmalar, chipqonlar chiqishini ko'rishimiz mumkin. Badanda va oyoqlarda qiyin bituvchi trofik yaralar hamda oyoqda gangrena ko'rish mumkin. **Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar** bemorlar labi va tili quriy boshlaydi, tili karash bilan qoplangan, og'iz shilliq qavatlarida yallig'lanishlar, milkalaridan yiring oqadi, gingivit va stomatit rivojlanadi, tishlari paradontozga uchrab tushib ketadi.

Qandli diabetda laboratoriya diagnostikasining asosiy ma'lumotlari: qonda glyukoza miqdorining 6 mmol/l dan ko'payishi qonda qand miqdorining ko'payishi-giperglikemiya, siydikda qand paydo bo'lishi-glyukozuriya (normada bunday bo'lmaydi) bu qonda glyukoza miqdori 8,88 mmol/l (160mg%) bo'lganda

yuzaga keladi. Siydik zichligining, miqdorining oshishi, unda keton tanachalar paydo bo'lishi kuzatiladi. Diabet og'ir yengilligiga qarab 3 darajaga bo'linadi: yengil, o'rtacha, og'ir. Yengil darajadagi uglevodlarni ortiqcha miqdorda iste'mol qilgandagina uning qondagi miqdori ko'tariladi va u siydikda paydo bo'ladi. O'rtacha darajasida bemor qandli diabetga xos yuqorida sanab o'tilgan shikoyatlardan noliydi, qonda qand miqdori oshganligi qayd qilinadi, qand siydikda doimo bo'ladi. Diabetning og'ir darajasi bo'lgan hollarda bemorlar mehnat qilish qobiliyatini yo'qotadilar. Ularda diabetik koma bo'lishi ehtimoldan xoli emas va u sekin asta rivojlanadi. **Diabetik komaning klininik manzarasi.** MNS faoliyati buzilishi qayd qilinadi, darmonsizlik, bosh og'rig'i paydo bo'ladi. Avval qo'zg'alish keyin uyquchanlik vujudga keladi, bemor qusadi, shovqinli nafas oladi, hushidan ketadi. Terisi pushti rang, quruq, arterial bosimi pasaygan. Ko'z soqqalarini barmoq bilan bosib ko'rilganda yumshoq. Bemor og'zidan, terisidan atseton hidi keladi. Siydik tekshirilganda qand miqdori ko'pligidan tashqari, atseton va β -oksimoy kislota hosil bo'ladi. Qandli diabetda bu kislotalar sog'lom odamlarda bo'lganidek karbonat angidrid gazi va suvga parchalanmay balki atseton β -oksimoy kislota va boshqa atseton tanachalar hosil bo'lish bosqichida tutilib qoladi. O'z vaqtida ovqat istemol qilinmasa, insulin miqdori oshib ketganda gipoglikemik koma rivojlanadi. Terini ushlab ko'rilganda nam bo'ladi kuchli darmonsizlik tremor (barmoqlar titrashi) rivojlanadi. O'z vaqtida yordam ko'rsatilmagan taqdirda bemor hushidan ketadi.

Asorati: Diabetic mikro va makroangiopatiya

- Diabetic polineyropatiya
- Diabetic retinopatiya
- Diabetic nefropatiya
- Diabetic tovon (stopa)
- Miokard infarkti

Qandli diabet tashxisi mezonlari. Tasodifan tekshirganda bemorlar qon plazmasida glyukoza miqdori 200 mg/% +diabetnind klassik simptomari polidipsiya, poliuriya, polifagiya va oruqlash bo'lsa;

- Nahorda qon plazmasida glyukoza miqdari 140 mg/% ikki marta tekshirish natijasida bo'lsa;
- Nahorda qon plazmasida glyukoza 140 mg/%dan kam bo'lsa+2 marta og'iz orqali glyukozaga talerantlik proba o'tkazilganda qon plazmasida glyukoza miqdori balnd bo'lsa. Tahlil uchun olingan qon 2 soatdan so'ng va oraliq sinama 1 soatdan so'ng 75 mg glyukoza qabul qilingandan so'ng, qondagi glyukoza 200 mg/% yoki ko'proq bo'lishi kerak. Glyukozaga tolerantlikka tekshirishga zarurat yo'q, agarda bemor qon zardobida glyukoza miqdori 140 mg/% va undan ko'p bo'lsa.

Qonda glyukoza miqdori, insulin, S-peptid miqdori aniqlanadi. S-peptid meda osti funksional holatini aniqlaydi. Qonda glikolizlangan hemoglobin va fruktozamin (glikolizlangan albumin) miqdorini aniqlash mumkin. Bularning miqdori glyukoza miqdori bilan to'g'ri keladi. Diabetic mikroangiopatiyani aniqlash uchun teri, mushak, lunj, buyrak biopsiyasi usulidan foydalaniladi va bu biopstatlar tekshiriladi. Bundan tashqari oftalmologik hamda buyrakni funksional tekshiruvlaridan foydalaniladi. Bu usullardan tashqari glyukozaga talerantlik tekshiriladi, buning uchun nahorda 200 gr glyukoza ichishga beriladi va 2 soatdan so'ng, qonda glyukoza miqdori tekshiriladi (sog'lom kishilarda meyorga tushadi, kapillyar qonda 6,7 mmol/l (120 mg%), plazmada esa 7,8 mmol/l (140mg%)), agarda meyordan ortiq 10 mmol/l dan (180mg%) bo'lsa, proba musbat bo'lib, qandli diabet deb tashxis qo'yiladi. Bu proba 2 marta bajariladi.

Giperosmolyar koma

Giperosmolyar komada ham giperglikemiya va qonda giperosmolyar holati yuzaga keladi va qon quyuqlashib ketoatsidoz yuzaga kelmay organizm suvsizlanadi. Bu asosan qandli diabet bilan kasallanganlarning 50 yoshdan yuqorilarida ko'proq bo'ladi. Bunga olib keluvchi omillar qusish, ichning suyuq o'tishi, siydik haydovchi dorilar qabul qilish, ko'p siydik chiqishi bilan birga kam miqdorda suyuqlik istemol qilish, buyrak etishmovchiligi, gemodializ va badanning katta foizi kuyishlarida kuzatiladi. Organizmning birdaniga suvsizlanishi terining va shilliq qavatlarning qurishiga, volemiyaga, qon bosimini tushishiga, giperleykotsitozga olib keladi. Bu bemorlardan atseton hidi kelmaydi.

Oqibati o'z vaqtida buyrak etishmovchiligi, tromboz va boshqa sabablarni diagnostikasi bo'lmasligi tufayli o'lim 30-40% ni tashqil qiladi.

Diabetik koma

Diabetik koma qandli diabetning og'ir asorati bo'lib, sekin asta rivojlanadi va bunda organizm, markaziy asab tizimi keton tanachalari bilan zaharlanadi. Organizmda metabolik atsidoz, dehidratatsiya kuzatiladi, elektrolitlar yo'qotiladi. Bemorlar dastlab umumiy lohaslik, uyquchanlik, chanqash, ishtaha yo'qligi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, ich qotishi yoki ketishi, quloq shang'illashi va bosqalardan shikoyat qiladilar va bo'shashadilar, til quriy boshlaydi. Epigastral sohada va qo'l-oyoqlarda og'riq paydo bo'ladi. Bemorlarda nafas o'tishi tezlashadi. Chiqarilayotgan nafasdan o'tkir atseton hidi kelib turadi. Bu holat koma boshlanayotganidan dalolat beradi. Tegishli davo tadbirlari ko'rilmasa, bir necha kundan so'ng bu holat diabetik komaga aylanadi. Bemor asta-sekin es-hushini yo'qotadi, nafas olishi ham buzilib, Kussmaul tipda nafas ola boshlaydi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda teri qizarib tarangligi yo'qoladi va quruq, sovuq, yuzlari qizaradi, lab va til quriy boshlaydi, tili karash bilan qoplangan, arterial bosim pasayadi, tomir urishi tezlashgan va past. Mushaklar tonusi pasayadi, ko'z olmasi yumshayadi, bemor ancha narida bo'lsa ham atseton hidi bemalol kelib turadi. Pay reflekslari susaygan yoki bo'lmasligi mumkin. Auskultatsiyada plevra ishqalanish shovqini eshitish mumkin. Bemorlar qoni tekshirilganda giperglikemiya (55 mmol/l), giperketonemiya, mochevina, kreatinin miqdori oshadi, atsidoz kuzatiladi, ishqoriy zaxira kamayishi, giperazotemiya, eritrotsitoz, leykotsitoz kuzatiladi va gematokrit ko'rsatkichi baland bo'ladi. Siydik tekshirilganda glyukozuriya va keton (atseton) tanachalari ajraladi. Diabetik koma holatidagi bemorga tezda teri ostiga yoki vena ichiga qondagi qand miqdoriga qarab insulin yuboriladi (qonda normadan yuqori har 2,5-3-4 mmol/l glyukozaga 1 tibbiy birlik insulin qo'llash lozim). Atsidoz holatining oldinini olish maqsadida 2% li soda eritmasidan 1 litrni tomchilab yuborish mumkin. Odatda koma holatida organizmda osh tuzi kamayadi, shuning uchun venaga 0,9%li natriy xlor eritmasi yuboriladi. Yurakda tomir yetishmovchiligi ro'y bersa, kamfora yoki kardiamin beriladi.

Gipoglikemik koma

Gipoglikemik koma qonda qand miqdori 1,9 mmol/l dan kamayishi natijasida vujudga keladi. Buning asosiy sabablari: qandli diabetni davolashda insulin dozasi oshirib yuborilishi natijasida va bazanda ochlikdan so'ng uzoq muddat ovqat qabul qilmasa hamda meda osti bezi insulomasida paydo bo'ladi. Kasallik to'satdan boshlanishi bilan xarakterlanadi. Bemor o'zida ochlik sezadi. Umumiy darmonsizlik, terlash, qo'l-oyoq badan titrashi yurakning qattiq va tez-tez urishi, arterial bosim o'zgarmasligi mumkin, puls tezlashishi qonda qand kamayib ketishi kabi holatlar kuzatiladi. Gipoglikemik komaning diabetik komadan farqi: 1) gipoglikemik koma to'satdan paydo bo'ladi, 2) diabetik komada qon va siydikda asta-sekin qand ko'payadi va siydigi bilan atseton tanachalari ajraladi. Gipoglikemik komada esa bu belgilar kuzatilmaydi (qon va siydikda qand bo'lmaydi). Bemor hushidan ketgan bo'lsa, venaga 20-40ml 40% li glyukoza eritmasi in'yeksiya qilinadi. Bundan tashqari teri ostiga 0,01% li adrenalini eritmasidan 0,5ml yuboriladi. U qondagi qandning tezda normaga kelishiga imkon beradi. Gipoglikemik koma tez orada o'tib ketishi mumkin. Agar gipoglikemik komani diabetik koma bilan almashtirib insulin berilsa, bemor halok bo'lishi mumkin. Shuning uchun hamshira insulin oluvchi bemorlar ahvolini diqqat e'tibor bilan kuzatib borishi gipoglikemik komaning dastlabki belgilari ko'rinishi bilananoq yordam choralarini ko'rilishi lozim. Bemorga tezda yengil hazm bo'ladigan uglevodlar: 30-50gr qand, murabbo, asal, qonfetlar, pechenyalar beriladi.

Qandli diabetni davolash va oldini olish.

Kasallikning davolash uchun, engil og'irligiga qarab davolanadi va 3 yo'nalishda olib boriladi:

1. Dieta orqali.
2. Peroral qandni pasaytiruvchi dorilar orqali.
3. Insulin bilan davolash.

Qandli diabet organizmda insulin yetishmasligiga bog'liq bo'lganligi sababli davolash organizmga insulin yuborishga asoslangan. Kasallikning yengil darajasida insulin qo'llanilguncha diyetaterapiya o'tkaziladi. Kasallikning davolashda asosiy o'rni parhez egallaydi. Kasallikning yengil formalarida bemorlar parhezga rioya qilsa va qandli diabetga qarshi dorilar qabul qilmasa ham tuzalib ketishi mumkin. Diyetani diabetning boshqa darajalarida (o'rta va og'ir darajasida) ham tayinlanadi. Qandli diabetda diyetaning sutkalik energetik qiymatini quyidagicha aniqlanadi. Kunduzgi ovqat ratsioni energiya qiymatini ish xarakteriga va sarflanadigan energiya hajmiga ko'ra belgilanadi. Agar qandli diabet bo'lgan bemor o'rinda yotoq rejimida bo'lsa (og'ir formasi, o'rtacha og'irlikdagi biror kasallik, qo'shib kelgan ayrim hollari) bu holda 1 kg tana massasiga 104.6-104.5 kJ bo'ladi. Bemor ishini davom ettirib yurgan yengil formasida o'rtacha og'irlikdagi nagruzkada bo'ladigan shaxs 1 kg tana massasiga taxminan 209.3 kJ oladi. Diabetli bemor ratsionida oqsillar, yog'lar, uglevodlar va vitaminlarning fiziologik miqdorlari bo'lishi kerak. Har bir holda 1 kg oqsillar yoki uglevodlar

taxminan 16.7 kJ 1 gr yog'lar esa o'rta hisobda 37.7 kJ berishini nazarda tutib ovqatlanishning energetik qiymati hisoblab chiqariladi. Masalan tana massasi 60 kg bo'lgan qandli diabetning yengil formasi bilan kasallangan bemor o'rtacha og'irlikdagi jismoniy ishni bajaradi. Bir sutkada u 25.104 kJ olishi kerak. Bu ratsionda uglevodlar 7531 kJ oqsillar 3138 kJ, yog'lar 1883 kJ (uglevodlar 450 gr, oqsillar taxminan 180 gr va yog'lar 50 gr ni tashkil qiladi).

Insulinni parhez ovqatlanish bilan davolash natija bermagan hollarda tayinlanadi. Og'ir va o'rta og'irlikdagi qandli diabet va ketoatsidoz, diabetik koma, diabetik angiopatiya, jigar zararlangan va boshqa asoratlari yuzaga chiqqan bo'lsa insulin qo'llashga ko'rsatma hisoblanadi. Insulin bilan davolash taktikasi: 2,5-5 gr glukozani (o'rta hisobda 4gr) o'zlashtirish uchun 1TB insulin zarur deb hisoblanadi. Shunga ko'ra talab etiladigan insulin miqdorini o'zlashtirmagan qand deb ataladigan, ya'ni siydik bilan ajratiladigan qand miqdorini nazarda tutgan holda hisob qilinadi. Insulinning sutkalik miqdori bemorning qonidagi qand miqdoriga va tasir qilish vaqtiga qarab tayinlanadi. Insulinni ovqatdan 15-20 min oldin teri ostiga yuboriladi. Keyinchalik zarur bo'lib qolsa siydik va qondagi qand miqdorini hisobga olib insulin dozasi oshirilishi yoki kamaytirilishi mumkin. Qandli diabetni davolashda **qisqa muddat tasir qiluvchi insulin preparatlari**: oddiy insulin 6-8, kit insulini 4-10 soat tasir qiladi. **O'rtacha muddat tasir qiluvchi insulin preparatlari**: insulin semilente 10-12, amorfli suspenziya rux insulin 10-12 soat tasir qiladi. **Uzoq muddat tasir qiluvchi insulin preparatlari**, bular: protamin guruh insulin, insulin-rux suspenziyasi (insulin lente), suspenziya rux insulin kristalik (insulin ultralente), protamin rux insulin preparatlari 30 soatgacha, suspenziya insulin protamin 16-18 soat tasir qiladi. Ular tasiri 24 soatgacha saqlanishi sababli sutkada 1 marta muskul orasiga yuboriladi. Keyingi yillarda qandli diabetga qarshi har xil dorilar butamid (serabed, prostinop) ishlab chiqildi. Bemor charchab qolmasligi ish sharoitini yaxshilash kerak. Organizmda elektrolid balansini muvozanatini tiklash uchun tuzli eritmalar, organizm suvsizlanishini bartaraf etish, atsidozga qarshi kurash olib borish lozim. **Peroral dori darmonlar. Sulfaniamidlar**: butamid (tolbutamid, orabet, rastinon) 0,25-0,5; karbutamid (bukarbon, nadizan, oranil, diaboral) 0,5; xlorpropamid (diabineze, oradian) 0,1-0,25; tsiklamid (diaboral "Erba", gliroksil) 0,25-0,5; xlortsiklamid (oradian) 0,25; glibenklamid (daonil, eugliqon) 0,005 va **biguanidlar**: fenetilbiguanid (fenformin dibotin) 0,025t-0,05k; butilbiguanid 0,05-0,1 (adebit, silubin, buformin 0,1); dimetilbiguanid (glyukofag, metformin) 0,5; glibenklamid (maninil) kabi dori moddalarini per os tavsiya etilayapti. Bemor charchab qolmasligi ish sharoitini yaxshilash kerak. Ovqat mahsulotlarida uglevodlar me'yorida bo'lishiga e'tibor berish zarur. Qandli diabet kasalligiga uchragan bemorlarga kasallik kechishi haqida tushuncha berish lozim va diabetik, gipoglikemik komaning boshlanish belgilari to'g'risida tushuncha berib qo'yish, komani oldini olish va davolashda katta ahamiyatga ega.

Test savollari

1. Soglom odam qonida qand miqdori.

- a) 14-16 mmol
- b) 9-12 mmol
- c) 3,3-5,5 mmol
- d) 12-14 mmol

2. Shtelvag simptomi (ko'zning kam-kam pիրpirashi) xarakterli:

- a) akromegaliya uchun
- b) Bazedov kasalligi uchun
- c) tuberkulyoz uchun
- d) rak uchun

3. Qalqonsimon bez gipofunksiyasi natijasida yuz ifodasi?

- a) sher yuzi
- b) Parkinson yuzi
- c) meksidematoz yuz
- d) oysimon yuz

4. Qalqonsimon bez qanday garmon ishlab chiqaradi?

- a) tiroksin, triyodtironin
- b) progesteron
- c) estradiol
- d) testesteron

5. Qandli diabet bilan kasallangan bemorda diabetik komada birinchi meditsina yordami sifatida nima qo'llaniladi.

- a) 40%- 20,0 glyukoza vena ichiga
- b) antiaritmik preparatlar
- c) insulinoterapiya
- d) yurak glikozidlar

6. Qandli diabet dastlabki bosqichlari uchun xarakterli:

- a) Poliuriya
- b) gipoizostenuriya
- c) izostenuriya
- d) anuriya

7. Qandli diabet qaysi ichki sekretiya bezi kasalligi hisoblanadi.

- a) buyrak bezi
- b) gipofiz bezi
- c) Qalqonsimon bezi
- d) oshqozon osti bezi

8. Qandli diabetda asosiy laborator belgi

- a) glyukozuriya
- b) poliuriya
- c) anoreksiya
- d) polidipsiya

9. Polidipsiya qaysi kasallik uchun xos simptom hisoblanadi.

- a) Gipotiroz
- b) Gipertireoz
- c) Qandli diabet
- d) Itsenko-Kushing sindromi

10. Miksedemada yuz ko'rinishi qanday bo'ladi?

- a) ko'zlari ichiga botgan, burun o'tkirlashgan, teri ko'kimtir
- b) yuz burun, lablar, qosh usti ravonlari kattalashgan, tish oralig'i kengayib, pastki jag oldinga chiqqan
- c) yuzi keng, yumaloq, oqargan, terisi silliq, eyilgan, qalinlashgan, ko'zlari ma'nosiz, xira, qisilgan
- d) katta-katta ochilgan, chakchaygan, yaltiroq, ko'z, qo'rquvdan qotib qolgan yuz.

11. Mimikaga boy, ko'zlari yaltiroq, chaqchaygan, qo'rquv aks etgan yuz kuzatiladi:

- a) basedov kasalligida
- b) akromegaliyada
- c) Itsenko-Kushinga sindromida
- d) gipoteriozda

12. Ksantelazma quyidagilarning buzilishidan darak beradi:

- a) suv-tuz almashinuvi
- b) xolesterin almashinuvi
- c) oksil almashinuvi
- d) ferment almashinuvi

13. Ksantomalar ... qaysi kasallikda uchraydii:

- a) gastritda
- b) enteritda
- c) jigar kasalligida
- d) Oeq kasalligida

14. Ksantomatoz o'zgarishlar quyidagi buzilish asorati hisoblanadi:

- a) Uglevod almashinuvi
- b) Pigment almashinuvi
- c) Oqsil almashinuvi
- d) Xolesterin almashinuvi

15. Ksantomatoz o'zgarishlar paydo bo'lishi nimaga bog'liq

- a) Esterogen garmonlarning inaktivatsiyasining buzilishi

- b) xolesterin almashinuvi buzilishi va terida to'planishi
- c) pigment almashinuvining buzilishi
- d) lipidlar almashinuvining buzilishi

16. Ksantelazmalar joylashadi:

- a) Qovoqlarda
- b) Tanada
- c) qo'lda
- d) Bo'yinda

17. Gipertireoz uchun xarakterli

- a) moddalar almashinuvining oshishi
- b) giperxolisterinemiya va bradikardiya
- c) taxikardiya, xolesterin miqdorini me'yorda bo'lishi
- d) gipoxolesterinimiya va taxikardiya

18. Qalqonsimon bez giperfunksiyasi (gipertireoz)da bemor yuz ko'rinishi ... bo'ladi

- a) yuz mushaklari tarang, ko'z chaqchaymagan
- b) yaltiroq ko'z, qo'rquvli, ko'z chaqchaymagan
- c) ko'zlari ichiga botgan, burun o'tkirlashgan
- d) yuz, burun, lablar, tish oqargan

19. Qalqonsimon bez giperfunksiyasi uchun xarakterli.

- a) ekzoftalm, bradikardiya
- b) ekzoftalm, tez-tez ko'z yumilihi
- c) ekzoftalm
- d) ekzoftalm, taxikardiya

20. Qandli diabet bor bemorlarni parvarishlashda qaysi chora-tadbirlar muhim hisoblanadi?

- a) parhezga qattiq rioya qilish
- b) teri qoplamlarini parvarishlash
- c) sutka davomida takroriy haroratni o'lchash
- d) takroriy ko'rib turish

21. Gipotireozda yurakdagi o'zgarish

- a) Taxikardiya
- b) Bradikardiya
- c) Titroq aritmiya
- d) Sinusli aritmiya

22. Gipotireozda asosiy davo usuli

- a) β -blokatorlar
- b) kortikosteroidlar
- c) tireoid garmon qo'llash
- d) yurak glikozidlari

23. Giperglikemik komada qanday chora-tadbirlar o'tkaziladi?

- a) ko'p miqdorda suyuqlik yuborish
- b) shirin choy, qand, qonfet qabul qilish
- c) glyukoza yuborish
- d) insulin yuborish

24. Giperglikemiyada-moddalar almashinuvi buziladi, asosan;

- a) uglevod almashinuvining buzilishi
- b) yog' almashinuvining buzilishi
- c) oqsil almashinuvining buzilishi
- d) pigment almashinuvini buzilish

25. Giperglikemiya-bu.

- a) Qonda qand miqdorining ko'payishi
- b) Qonda qand miqdorining kamayishi
- c) Qonda birirubin miqdorini oshishi
- d) Qonda lipidlar miqdorining kamayishi

26. Bazedov kasalligida kuzatiladi.

- a) qalqonsimon bez o'zgarmaydi
- b) qalqonsimon bez funksiyasining pasayishi
- c) o'sish garmonining ortiqcha ishlab chiqarilishi
- d) qalqonsimon bezning kattalashishi

27. Bazedov kasalligida quyidagi simptomlar kuzatiladi, bittasidan tashqari:

- a) Gerner simptom
- b) Grefe simptomi
- c) Mebius simptom
- d) Shtelvag simptomi

28. Diabetik komada bemordan qanday hid taraladi?

- a) atseton
- b) ammiak
- c) nok hidi
- d) achigan hid

29. Diabet oldi kasalliklarida qanday gruppalar bemorlar kiritiladi?

- a) xammasi to'g'ri
- b) glikemik profilda qonda glyukozaning oshishi
- c) massasi 4,5 kg va undan ortiq o'lik va tirik tuqqan ayollar
- d) semizlikka moyil kishilar, glyukozaga chidamlilik sinamasining o'zgarishi

30. Diabetik komaning kelib chiqishi sababi

- a) bosh miya o'smalari
- b) insulin dozasining ko'payishi
- c) insulin etishmasligi
- d) yurak glikozidlari dozasini oshirish

31. Diffuz toksik bo'qoq qanday kasallik?

- a) qalqonsimon bezning diffuz kattalashuvi
- b) qalqonsimon bez kichrayishi
- c) qalqonsimon bez funksiyasining pasayishi
- d) qalqonsimon bez funksiyasining oshishi

32. Diffuz toksik buqoq kasalligida ... bo'lmaydi

- a) tana haroratining ko'tarilishi
- b) yomon ishtaha
- c) ozib ketish
- d) ko'p terlash

33. Diffuz toksik buqoq uchun qaysi simptom xarakterli emas:

- a) Yurakning sekin urishi
- b) Qalqonsimon bezning kattalashishi
- c) Ko'l barmoqlarning titrashi
- d) Ekzoftalm

34. Diffuz toksik buqoq uchun xarakterli.

- a) moddalar almashinuvini kuchayishi va pasayishi
- b) moddalar almashinuvini kamayishi
- c) moddalar almashinuvini kuchayishi
- d) moddalar almashinuvini o'zgarishligi

35. Diffuz toksik buqoqda yurak-qon tomir tizimidagi o'zgarishlar

- a) taxikardiya
- b) bradikardiya
- c) puls bosimi o'zgarmagan
- d) glyukozuriya

36. Diffuz toksik buqoqni aniqlashda qaysi tekshirish usulidan foydalanilmaydi.

- a) UZI
- b) asosiy moddalar almashinuvini tekshirish

c) radioizotop tekshirishi

d) angiografiya

37. Diffuz toksik buqoqni asosiy davolash usuli

a) kortikosteroidlar

b) yurak glikozidlari

c) antitireoid preparatlar

d) β - blokatorlar

38. Ayollarda tana soch qoplamining erkaklardagidek bo'lishi uchraydi:

a) Itsenko-Kushinga kasalligi

b) miksedemada

c) sklerodermiyada

d) Basedov kasalligida

39. Angulyar stomatit, gingivit, tish kariesi, paradontoz kuzatiladi.

a) qandli diabet

b) Addison kasalligi

c) Gipotireozda

d) akromegaliyada

40. Atrofga atseton hidi tarqalishi qaysi koma uchun xarakterli

a) apopleksik koma

b) diabetik koma

c) uremik koma

d) gipoglikemik koma

41. Qaysi paytda glyukozaga moyillik sinamasi o'tkaziladi

a) gipoglikemik komada

b) diabet oldi holatini aniqlash uchun

c) yashirin diabetni aniqlash uchun

d) qandli diabetni qolgan soniya darajasini insulin dozasini aniqlash uchun

42. Tireotoksik krizda quyidagi belgi kuzatilmaydi

a) kuchli bradikardiya

b) tana haroratining ko'tarilishi

c) alaxsirash gallyutsinatsiya

d) barmoqlarning titrashi

43. Tireotoksikoz uchun xarakterli:

a) oriqlash

b) gipotoniya

c) bradikardiya

d) teri qoplamlarining quruq bo'lishi

Endokrin tizimdam muammoli masalalar

1 masala

Bemor vrach qabuliga kelganda o'zini qo'z g'aluvchan, tasirchanlik, sababsiz yig'lashi, yuragining tez urishi, uyquning yomonligi, terlash, tez charchashi, isitmasi ko'tarilishi, qo'llarining titrashi, oriqlashi hamda ish qobiliyatining pasayishiga shikoyat qildi. Bemor ko'zdan kechirilganda keraksiz harakatlar qiladi, gapirganda so'zi tugamasdan boshqa jumlani boshlaydi, qovoqlari terisida giperpigmentatsiya (simptom Ellinek) bor. Bemorning pulsi tekshirilganda 110 marta min. Oxirgi kunlarda 5 kg oriqlagan, asosiy almashinuv 30% ga oshgan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorning yuz qiyofasini ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.

Yurak qon-tomir sistemasida qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

Yurak auskultatsiya qilinganida qanday o'zgarishlar eshitamiz.

2 masala

Vrach qabuliga kelgan bemor ko'zdan kechirilganda qalqonsimon bezi kattalashgan, terisi yaltiragan, teri osti yog' qatlami atrofiyaga uchragan, ko'z simptomlari musbat, ya'ni ko'zlari yaltirroq, ko'z tirshishlari

kengaygan, kiprik qoqmay qarab turadi (Shtelvag simptomi), ko'z qonvergensiyasi susayadi (Mebius simptomi), ko'z pastga harakat qilganda yuqori qovoq orqada qolib sklerada oq chiziq paydo bo'ladi (Gref simptomi), xuddi shunday oq chiziq ko'z olmasining yuqoriga harakat qilganida paydo bo'ladi (Koxer simptomi).

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

EKGdagi o'zgarishlarini aytib bering.

3 masala

Bemor vrach qabuliga kelganda ishtahasining kuchayganligi, qusish, qornida xurujsimon og'riqlar bo'lib turishi va ichini suyuq o'tishiga shikoyat qiladi. Yurak qon tomir tizimi tekshirilganida yurak urishi tezlashgan, taxikardiya, sistolik arterial bosim ko'tarilgan va diastolik bosim pasaygan, puls bosimi kattalashgan. Yurak ritmining buzilishi ya'ni ekstrasistoliya, qilpillovchi aritmiya borligi aniqlandi. Bemorning qalqonsimon bezi kattalashgan, ko'zlari yaltirroq, ko'z tirqishlari kengaygan, kiprik qoqmay harab turadi va bemor oxirgi kunlarda 10 kg ves tashlaganini takidladi. Asosiy almashinuv 55% ga oshganligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.

Yurak auskultatsiya qilinganida qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.

Bemor qonidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Qanday instrumental teshiruv olib boriladi va natija qanday.

4 masala

Ambulatoriya sharoitida vrach qabuliga kelgan bemor o'zini oruqlaganligiga, yuragi tez va notekis urishini, tez och qolib ovqatlanishini hamda ichi suyuq o'tishini aytib tekshirilishga kelganligini aytdi. Bemorning buyi 1,70 m vazni 55kg Kettle indeksi 13 ligi aniqlandi. Ko'zdan kechirganda Mebius va Gref simptomlari musbat.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.

Bemorning asosiy shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemorni ko'zdan kechirganimizda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.

Yurakdagi auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Bemor qonidagi o'zgarishlarni aytib bering

5 masala

Vrach qabulga kelgan bemordan sub'ektiv yurak urishi, xolsizlik borligi ob'ektiv Elinek va Koxer simptomi musbatligi aniqlanib, ko'zdan kechirildi va teri osti yog' qatlami sust rivojlanganligi, instrumental EKG ?qilindi va yurak urish tezligi 130 marta minutda va laborator tekshiruvlarda tireotrop garmoni oshganligini, ko'z simptomlarini hisobga olib, diffuz toksik bu ya'ni tireotoksikoz deb tashxis qo'ydi.

Bemorning shikoyatlarini aytib bering.

Bemordagi ko'z simptomlarini sanab o'ting.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Qalqonsimon bezning kattalashuv darajalarini aytib bering.

Kasallikning bosqichlarni aytib bering.

6 masala

Bemor 38 yoshda, jinsi ayol, vrach qabuliga kelganda sababsiz yig'lashi, yuragining tez urishi, uyquning yomonligi, terlash, tez charchashi, isitmasi ko'tarilishi, qo'llarining titrashi, orug'lashi hamda ish qobiliyatining pasayishi bezovta qilishini takidladi. Bemorning bo'yi 1,67 m vazni 49 kg, Kettle indeksi 17, bemor juda ozib ketganligi, yurak urish tezligi 142 marta hamda asosiy almashinuvning 68% ga oshganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Ko'z simptomlarini aytib o'ting.

Kasallik darajalarini aytib bering.

7 masala

Bemor 39 yoshda, jinsi ayol, vrach qabuliga kelganda anamnezida tireotoksikoz barligi aniqlandi. Bemorning shikoyatlarini eshitgandan so'ng vrach unga operatsiya qilish kerakligini aytdi va shundan so'ng bemorni vahima bosib, ahvoli yomonlashdi. Yurak urish tezligi 180 marta minutiga, paroksizmal taxikardiya,

qilpillovchi aritmiya, bemorning qorin sohasiga og'riq paydo bo'lib ichi suyuq o'ta boshladi, terisi rangi sarg'aya boshladi, ko'zlari chaqchaygan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Yurak qon tomir sistemasidagi o'zgarishlarini ayting.

8 masala

Bemor 49 yoshda, jinsi ayol, vrach qabuliga kelganda holsizlikka, uyqu bosishiga, xotirasining susaygani, ish qobiliyatining pasaygani, sochlarining quruqligi, sinuvchan va to'kilishi, qoshlari cheti va kipriklari to'kilishi, tirnoqlarining sinishiga, quruqligiga shikoyat qiladi. Oqiz bo'shlig'ida tishlarida paradontoz, tishlari shikastlangan, kabziyat va meteorizm borligi aniqlandi. Asab tizimida paresteziya, sudorogi va yurishda tekis yura olmaydi. Atrof muhitga etiborsiz, intellekt pasaygan. Vrach bemordan anamnez yig'ganiga kasal bo'lishdan oldin radioaktiv yod bilan bir necha marta davolanganini aniqladi. Bemorning yuzi niqobsimon va ko'z tirqishlari toraygan.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

Yurak qon tomir tizimida qanday o'zgarishlar kuzatiladi.

EKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.

9 masala

Endog'rinolog maslahatiga kelgan bemor 54 yoshda, jinsi ayol, obdon ko'zdan kechirilganda kam harakatchan bo'lib, tormozlangan, bemorning terisi rangpar, yuzlari shishgan, niqobsimon va ko'z tirqishlari toraygan.

Terisi qalin, qo'pol, quruq va ko'chuvchan, paypaslaganda terisi sovuq. Terisidagi shish barmoq bilan bosilgandan so'ng chuqurcha qolmaydi. Sochlari quruq, sinuvchan va to'kiluvchan, qoshlari cheti va kipriklari to'kilgan, tirnoqlari sinuvchan, quruq. Oqiz bo'shlig'ida tishlarida paradontoz, tishlari shikastlangan, kabziyat va meteorizm borligi aniqlandi. Asab tizimida paresteziya, sudorogi va yurishda tekis yura olmaydi.

Bu bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.

Bemorning shikoyatlarini aytib bering.

Oqiz bo'shlig'idagi, hazm tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Qondagi o'zgarishlarni aytib bering.

10 masala

Bemor 53 yoshda, jinsi ayol, qishloq vrachlik punktida murojaat qildi, gapirganda gapi noaniq va sekin gapirishi, tovush tembri qo'pol va pastligi aniqlandi. Bemorning sochlari, qosh va kipriklari to'kilgan, qonida T3, T4 kamayib, TTG garmoni miqdori oshgani aniqlandi. Yurak urish tezligi kamaygan, bradikardiya, tonlari bo'g'i, sistolik va puls bosimi pasaygan, qonning tezligi, zarb va minutlik hajmi kamaygan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

Asab tizimidagi o'zgarishlarni ayting.

Qanday instrumental tekshiruv olib boriladi va qanday natija kutish mumkin.

11 masala

Bemor ayol kishi, yoshi 60 da, vrach tomonidan tekshirib ko'rilganda yurak urish tezligi 48 marta min. kamaygan, bradikardiya, tonlari bo'g'i, sistolik va puls bosimi pasaygan, qonning tezligi, zarb va minutlik hajmi kamayganligi aniqlandi. Bemor yurishda tekis yura olmaydi. Anemiya, nisbiy limfotsitoz, EChTning oshishi, gipoglikemiya, gipoalbuminemiya, gipergammaglobulinemiya va giperxolesterinemiya, T3, T4 kamayib, TTG garmoni miqdori oshgan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

12 masala

Profilakti ko'rik vaqtida bemordan obdon anamnez yig'ildi, EKGda yurak urishi tezligi 52 zarb min. sekinlashgani, bradikardiya, tonlari bo'g'i, sistolik va puls bosimi pasaygan, qonning tezligi, zarb va minutlik hajmi kamayganligi aniqlandi. Bemorning qoni tekshirilganida eritrotsitlar soni 3,5 mln - anemiya, nisbiy limfotsitoz, EChT 19mm/s, gipoglikemiya, gipoalbuminemiya, gipergammaglobulinemiya va

giperxolesterinemiya, T3,T4 kamayib, TTG garmoni miqdori oshganligi aniqlanib gipotireoz deb tashxis qo'yildi.

Ushbu kasallikka xos shikoyatlarini aytib bering.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Bemorning asab tizimida qanday o'zgarishlar bo'ladi.

Qanday instrumental tekshiruv olib boriladi va natijasi qanday.

13 masala

Bemor 51 yoshda, poliklinika sharoitida vrach qabuliga kelganda oqiz qurishi, chanqash, peshobining ko'p kelishi va kechqurungi peshobi kunduzgidan ko'pligi shular bilan birga tez-tez och qolishiga, oruqlashga, holsizlikka, teri qichishiga va terisida tez-tez chipqon chiqishiga shikoyat qildi. Bemorning qonida giperglikemiya, peshobi tekshirilganida glyukoza borligi va solishtirma og'irligi 1,033 ligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Yoglar almashinuvida qanday o'zgarishlar kuzatiladi.

Qanday laborator tekshiruvlar olib boriladi va natijasi qanday.

Bu kasallik qanday asoratlar qolishi mumkin.

14 masala

Vrach, qabulga kelgan bemor, ko'zdan kechirilganda lunjlari qizargan (rumyanets), peshona, yonoq sohasi, jag' osti sohalari kapilyarlari kengaygan (rubeoz), mushaklari atrofiyaga uchragan, qo'l va oyog' kaftlari sarg'aygan, terida qashalgan izlar, ksantomalar borligi, oyog'larda trofik yaralar borligi hamda bemorning oqiz bo'shligi ko'zdan kechirilganda gingivit, stomatitlar va tishlari paradontozga uchraganligi ko'zga tashlandi.

Bemordan anamnez yig'ilganida kechqurun ko'p peshob ajralishi va tekshirilganda glyukoza borligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.

Bemor shikoyatlarini aytib o'ting.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Asab tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

15 masala

Bemor 55 yoshda kasalxonada kelganda o'ng oyog'i bosh barmog'ida trofik yara paydo bo'lganligi, badanining qichishiga, va peshobining ko'p miqdorda ajralishiga shikoyat qildi. Bemorning pulsi 94 marta min. qon bosimi o'lchanganda 170/100 mm. sim. ust. tengligi shu bilan birga qonda giperglikemiya va peshobi tekshirilganida oqsil va glyukoza borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy diagnoz qo'ying.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemorning siydik ajratish tizimida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

Ko'z tubida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

16 masala

Bemor vrach qabuliga kelganda badani qichishiga, och qolishiga, holsizlikka, peshobi kechqurunlari ko'p ajralishiga shikoyat qildi. Bemorni ko'zdan kechirganda badanida kashalgan izlar borligi aniqlandi, qoni tekshirilganida qonda glyukoza miqdori 18 mmolG'l ligi, peshobda glyukoza miqdori 3% aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Oqsil almashinuvida qanday o'zgarishlar bo'ladi.

Hazm tizimida qanday o'zgarishlar kuzatiladi.

Siydik ajratish tizimida qanday o'zgarishlar bo'ladi.

17 masala

Bemor shoshilinch yordam ilmiy markaziga olib kelinganda es qushi o'zida emas edi, tekshirilganda tana harorati past, terisi quruq, qashalgan izlar bor, pay refleksleri yo'qolgan, mushaklar va ko'z olmasi tonusi pasaygan, chuqur va shovqinli Kussmaul nafasi kuzatiladi. Pulsi tekshirilganda kichik va tezlashgan, qon bosimi tushib ketgan. Bemorning nafasidan va terisidan atseton hidi keladi. qonda giperglikemiya, siydikda atsetonuriya aniqlandi.

Bemorga qanday tashxis qo'yasiz.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.

Yog'lar almashinuvida qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

Bemorlar qonidagi va siydigidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bu holatda vrach taktikasini aytib bering.

18 masala

qandli diabet bilan kasallangan bemor bilan suxbatdan so'ng, bemor o'zida qandli diabet belgilarini ko'zatganday bo'lib, uglevod istemol qilmay qo'ydi va insulin teri ostiga qabul qildi. Biroz o'tgandan so'ng bemorga ochlik hisi paydo bo'ldi, bemor holsiz bo'lib ter bosdi, bemorning qo'l-oyog'lari qaltiray boshladi va harakat, ruhiy ko'zg'alishlar paydo bo'lib xotirasi yo'qoldi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Kasallik patogenezini aytib bering.

Bu holatda sizning taktikangiz.

Endokrin tizimi test savollari javob variantlari

1-c	10-c	19-d	28-b	37-c
2-b	11-a	20-a	29-a	38-a
3-d	12-b	21-b	30-c	39-a
4-a	13-c	22-c	31-d	40-b
5-c	14-d	23-d	32-b	41-c
6-a	15-b	24-a	33-a	42-a
7-d	16-a	25-a	34-c	43-a
8-a	17-a	26-d	35-a	
9-c	18-b	27-a	36-d	

Nazorat savollari .

Test savollarini echish:

Endokrin tizimi kasalliklari to'g'risida malumotga ega bo'lish;

Endokrin tizimi kasalliklari etiologiyasi va patogenezini haqiqatga ega bo'lish;

Endokrin tizimi kasalliklarini tekshirish malumotga ega bo'lish;

Diffuz toksik zob to'g'risida malumotga ega bo'lish;

Diffuz toksik zob bilan kasallangan bemorlarda ko'z simptomlari malumotga ega bo'lish;

Gipotireoz kasalligi to'g'risida malumotga ega bo'lish;

Gipotireoz kasalligi bilan kasallanganlarni ko'zdan kechirishni diagnostik ahamiyati bilish;

Qandli diabet, etiologiyasi, patologiyasi, klinika, diagnostikasini bilish;

Qandli diabet bilan kasallanganlarni davolashni bilish;

Diabetik koma va shoshilinch yordam ko'rsatishni bilish;

Gipoglikemik koma va shoshilinch yordam ko'rsatishni bilish;

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.
2. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.
3. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b
4. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b
5. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b
6. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b
7. U.B. Sharopov, F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b
8. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuotbirlashmasi 1994 y. 532 b
9. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
10. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
11. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y

12. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y

Qo'shimcha adabiyotlar

13. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laboratornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
14. Y.P. Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b
15. M.T. Abramova Gematologicheskiy atlas M. Meditsina 1979 y. 320 b
16. A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnoz vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b
17. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988 y. v dvux tomax. 973 b
18. Vuddi M i A. Uedan. "Praktika". Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
19. AbuAli Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
20. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
21. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
22. American Diabetes Association: Report of Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 20:1183-1196, 1997,
23. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D., Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
23. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
24. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru,
www.cardiosite.ru, www.consilium-medicum.ru.

Qon yaratish tizimi kasalliklari. Qon sistemasi kasalliklarida bemorlarni asosiy shikoyatlari.

Kasallik tarixi. Bemorlarning hayot anamnezi. Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish. Taloq palpatsiyasi va perkussiyasi. Limfa tugunlar palpatsiyasi. Kamqonliklar. Temir tanqisligi, Vit B12 va foliy kislotasi tanqisligi, gemolitik, gipoaplastik, qon ketishidan keyin kelib chiqadigan kamqonliklar.

Tayanch atamalar: anemiya, membranopatiya, enziopatiya, gemoglobinopatiya, temir etishmovchiligi, postgemorragik, gemolitik anemiyalar, α talasemiya, β talasemiya, anizotsitoz, paykilotsitoz, Kebot halqalari, Jolli tanachalari.

Bemorlarning shikoyatlari. Qon sistemasi bilan kasallangan bemorlarning shikoyatlari xilma-xil bo'lib, umumiy xarakterda bo'ladi. Bular: holsizlik, tez charchash, uyquchanlik, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, jismoniy ish qilganda hansirab qolish, yurakning tez-tez urib ketishi, ko'z oldi qorong'ulashib, ba'zan hushdan ketish va boshqalar. Bunday shikoyatlar ko'pincha turli sabablarga ko'ra kelib chiqqan kamqonlik (anemiya)da, leykoz, mieloid gipoplaziya kasalliklarida kuzatiladi. Bundan tashqari, tilda og'riq sezgilari, til uchi va chetlarining achishishi-kamqonlik kasalligining ilk belgisi bo'lishi mumkin. Nekrotik angina, stomatit, milklarning qonashi- leykoz va agranulotsitoz uchun xarakterlidir.

O'tkir leykozda bemorlar yutinganda tomoqda og'riq sezadilar.

Ko'pgina qon kasalliklarida bemorlar ishtaha bo'lmaganligi natijasida juda ozib ketadilar, hatto kaxeziya holatiga borib yetadilar. Bunday holat ayniqsa surunkali leykoz, xavfli limfomalarda qayd etiladi. Temir etishmovchiligi natijasida kelib chiquvchi anemiyalarda (xlorozlar) ko'pincha ta'm bilish buziladi. Bemorlarda sog'lom odam iste'mol qilmaydigan narsalar, ya'ni ko'mir, loy, bo'r, ohak va boshqalarni eyishga moyillik paydo bo'ladi. Bundan tashqari, hid bilishning ham buzilishi kuzatilishi mumkin, bemorlar o'tkir hidli benzin, efir, kerosin va shunga o'xshash narsalarning hidini yoqtiradilar.

Kasallik tarixi. Bemorlarni so'rab-surishtirganda undan uning kasallik boshlanmasdan oldingi ahvoli (quvvatsizlik, isitmalash, turli qon ketishlar) va bemorning fikricha kasallikning yuzaga kelishiga sabab bo'lgan omil yoki holat (nurlanish, qon ketish, hayz tsiklining holati, gijja kasalligi bor yo'qligi, ovqatlanish tartibi, homiladorligi va uning soni, homiladorlik intervali, me'da ichak tizimi yallig'lanish kasalliklari bilan kasallanganligi va boshq.), kasallikning har bir belgisi boshlangan vaqt, shu belgilarning yo'qolib ketishi yoki avj olishining xarakteri haqida so'rash lozim. Kasallik boshlanmasdan oldin bemorning qoni tekshirilganligi, agar tekshirilgan bo'lsa, qanday o'zgarishlar bo'lganligi, bemor boshqa kasalliklar sababli qanday dori-darmonlarni (qonga ta'sir qiluvchi) qachon va qancha miqdorda qabul qilganligini aniqlash lozim. Agar bemor qon kasalligi tufayli davolangan bo'lsa, qanday dori-darmonlar qabul qilgani va ularning samaradorligi haqidagi ma'lumotlar ham tashxisni aniqlashda muhimdir.

Bemorning hayot anamnezi. Qon sistemasi kasalliklariga chalingan bemor hayot anamnezini so'rab-surishtirganda bir qancha narsalarga e'tibor berishi kerak. Avvalo bemorning hayot tarzi, bolalikdagi va hozirgi yashash sharoiti, ovqatlanish tartibi, sifati, ish joyidagi zararli omillarning ta'siri haqida undan so'raladi. Bundan tashqari, ota-onasi, qarindosh-urug'larining sog'ligi, ya'ni ularda qon kasalliklari bo'lgan-bo'lmaganligi, bemorning hayoti davomida boshidan kechirgan kasalliklari surishtiriladi. Ba'zi kasalliklarda sekin-asta yoki ko'p miqdorda qon ketishi natijasida, me'da shilliq qavatining atrofiyasida va uning bir qismi rezektsiya qilinganda temir, vitamin V12 ning so'rilishi buzilishi tufayli kamqonlik yuzaga kelishi mumkin. Jigar va buyrakning surunkali kasalliklari ham anemiyaga sabab bo'lishi mumkin. Turli surunkali kasalliklarni davolashda ishlatiladigan ba'zi dori-darmonlar suyak ko'migi faoliyatini susaytiradi.

Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish. Qon sistemasi kasalliklariga chalingan bemorlarning umumiy ahvoli kasallikning turiga va davriga qarab yengil, o'rtacha va og'ir bo'lishi mumkin. Bemorlar anemiyalarning oxirgi davrlarida, mieloid aplaziya va leykozlarning tez rivojlanuvchi turlarida og'ir ahvolda bo'ladi. Bunday hollarda ularning hushlari ham chalg'igan bo'ladi.

Teri va shilliq pardalar rangining o'zgarishi, qon kasalliklarining asosiy tashxisiy belgilardan biri hisoblanadi. Qonda eritrotsitlar va gemoglobin kamayishi natijasida teri va shilliq pardalar oqarib ketadi. Surunkali ravishda yuzaga kelgan kamqonlikda rangparliklar sekin-asta rivojlansa, o'tkir kamqonlikda birdan paydo bo'ladi va bu ko'pincha qon ketayotganining asosiy belgisi hisoblanadi. Kamqonlik turiga qarab, rangparlik ham turlicha bo'ladi. Masalan, vitamin V12 etishmovchilidan kelib chiqqan Addison-Birmer kamqonligida bemorlar terisi sarg'imir-oq bo'ladi, ya'ni teri sariq tusga kiradi, ko'z oq pardasi ham sarg'ayadi. Temir etishmovchiligidan yuzaga kelgan anemiyada, ayniqsa, yuvenil xlorozda teri rangi yashilsimon bo'lib oqaradi, ba'zan «alebastr» rangini eslatadi. Gemolitik anemiyalarda terining rangi sariq bo'ladi. Terining rangini aniqlash qiyin bo'lgan vaqtlarda ko'z va milklarning rangini ko'rish lozim. Surunkali leykozlarda teri rangi kulrang bo'ladi.

Og'iz bo'shligini ko'zdan kechirganda ham zarur ma'lumotlarni olish mumkin. Vitamin V12 etishmovchiligi natijasida yuzaga kelgan anemiyada bemor tilining so'rg'ichlari tekislangan, yaltiroq, to'q qizil rangli bo'ladi.

Limfa tugunlari va taloq palpatsiyasi. Qon sistemasi kasalliklarida limfa tugunlarini, jigarni, taloqni, suyaklarni palpatsiya yo'li bilan tekshiriladi. Limfa tugunlarini yuqoridan pastga qarab, navbatma-navbat ikki qo'llab paypaslab boriladi. Avval bo'yin, undan keyin o'mrov usti, qo'ltiq osti, chov sohasidagi limfa tugunlari paypaslab ko'riladi. Ularning elastikligi, harakatchanligi, yuzasi silliqlik yoki notekisligi aniqlanadi. Limfoleykoz, limfogranulematoz va limfosarkoma kasalligida limfa tugunlari ayniqsa kattalashib ketadi. Odatda avval bemor tanasining bir joyidagi limfa tugunlari va sekin-asta boshqa guruh tugunlari ham kattalashadi. Bunda faqat yuza limfa tugunlarigina emas, balki chuqur joylashgan tugunlar ham kattalashadi.

Leykoz, limfoma kasalliklarida ular qattiq, og'riqsiz, atrofidagi to'qimalar bilan bitishmagan bo'ladi va hech qachon yiringlab oqmaydi. Limfoleykozda ular xamirsimon elastik konsistentsiyaga ega bo'ladi. Faqat limfogranulematoz, ayniqsa limfosarkoma kasalligida limfa tugunlari kattalashib, bir-biri bilan bitishib, katta-katta konglomeratlar hosil qiladi. Ko'pgina qon kasalliklarida taloq kattalashadi. Verl-Goff kasalligida, Addison-Birmer kamqonligida, limfogranulematozda taloq biroz kattalashadi va qattiq konsistentsiyaga ega bo'ladi. Faqat gemolitik anemiya va surunkali mieloid leykozlarda taloq juda katta, qattiq bo'ladi, ba'zan butun qorin bo'shlig'ining chap qismini egallab, o'ngga hamda kichik chanoqqa ham yetishi mumkin. Uning qirralari yumaloqlashib, usti silliq bo'ladi.

Taloqni palpatsiya qilish uchun bemor chalqancha yoki o'ng yonboshida yotadi. Tekshiruvchi shifokor esa bemorning o'ng tomonida o'tiradi va chap qo'li bilan bemorning ko'krak qafasini biroz bosib turadi. Bu bilan nafas harakatlari cheklanadi. O'ng qo'lining birlashtirilgan va biroz egilgan barmoqlarini chap qovurg'a yoyi ostiga qo'yadi. Agar taloq ancha kattalashgan bo'lsa, unda qo'lini uning perkussiya yo'li bilan topilgan pastki qirrasidan sal pastroqqa qo'yadi. Bemor asta-sekin nafas chiqarganda o'ng qolini ichkariga, qovurg'a yoyi tagiga kiritib boradi va bemorga chuqur nafas olishni tayinlaydi. Agar taloq kattalashgan bo'lsa, pastga harakatlanadi va qo'lga urilib, uning ustidan sirpanib o'tadi. Paypaslash vaqtida taloqning qattiq yoki yumshoqligiga, og'riqliligiga, harakatchanligiga, ustki chetida uyiqligiga bor-yo'qligiga e'tibor beriladi.

Kattalashgan taloq ko'pincha og'rimaydi. Faqat taloq venasi trombozida, perisplenitda bemor chap qovurg'a yoyi tagida qattiq og'riq sezishi mumkin.

Qon kasalliklaridan tashqari, taloq bir qancha yuqumli kasalliklarda jigar tsirrozida ham kattalashadi.

Qon sistemasi kasalliklarini aniqlashda yassi suyaklarni hamda naysimon suyaklar epifizini paypaslab va urib ko'rish lozim, chunki bu kasalliklarda ko'mikning kuchli giperplaziyasi natijasida, ular ko'pincha og'riqli bo'ladi.

Perkussiya. Taloq-chap qovurg'a ostida medianing yuqori qismi tashqarisida, diafragma ostida joylashgan bo'lib, nafas olish aktida harakatlanadi. Uning proektsiyasi ko'krak qafasining chap yon yuzasida IX-XI (bazi adabiyotlarda IX-X) qovurg'alar orasida joylashgan. Qon sistemasi kasalliklarida taloqning o'lchamlarini aniqlash uchun perkussiya usuli qo'llaniladi. Buning uchun bemor yotgan yoki tik turgan holatda bo'ladi va juda sekin perkussiya qilinadi, chunki taloq havo saqlovchi a'zolar bilan o'ralgan va o'zi ham ancha yupqa bo'ladi. Perkussiyani aniq perkutor tovushdan bo'g'iq tovushgacha, juda sekin perkutor zarba bilan bajariladi.

Taloqning uzunasiga ketgan o'lchamini aniqlash uchun X qovurg'a ustidan ikki tomondan perkussiya qilib boriladi va u sog'lom odamda 6-8 sm ga teng bo'ladi, ko'ndalang o'lchamini topish uchun liniya kostoartikularis sinistra chizig'idan 4 sm lateralroq chiziq bo'ylab perkussiya qilinadi va u 4-6 sm ga teng bo'ladi. Taloqning ko'ndalang o'lchamini bo'g'iqligi chap tomonda IX-X qovurg'alar oralig'iga to'g'ri keladi.

Kurlov bo'yicha perkutor razmerini aniqlash. Birinchi taloqni yuqori va pastki chegarasi aniqlanadi, keyin uning orqa va old cheti aniqlanadi. Perkussiya o'tkazish tartibi bemor on'g yonboshda yotadi yoki turgan holatda bo'lishi kerak. Plessimetr barmoq tekshiriluvchi zonada paralel ravishda qo'yiladi. Perkussiya yuqoridan pastga otkazilganda o'pka tovushi yoki travbe maydonidagi timpanik tovushdan bo'g'iq tovushgacha perkussiya qilinib, plessimetr barmoqni tashqarisidan aniq tovush tomonidan (timpanik tovush tomonidan) belgilanadi. Perkutor zarb sust va sekin bo'lishi kerak. Taloq razmeri meyorida bo'lganda bo'g'iqroq perkutor tovush beradu, chunki medianing havo shari va traube maydoni hamda ingichka va chambar ichak gazlari yaqin joylashgan. Taloqning yuqori va quyi chegarasini aniqlash uchun plessimetr barmoqni ko'ndalang yo'nalish bo'yicha, ko'krak qafasini chap yon bosh yuza V qovurg'a sathida qoyiladi. Qovurg'alar yoki qovurg'alar oralig'i bo'yicha barmoqni ko'ndalang holatini saqlagan holda bo'g'iqroq perkutor tovush eshitguncha chap yonbosh suyak qanotigacha perkussiya qilib boriladi. Bo'g'iqroq perkutor tovush eshitilgan joy taloqni yuqori chegarasi hisoblanadi, meyorda IX qovurg'ada yotadi. Dermograf yoki chap qo'l beshinchi barmoq bilan bu nuqtani belgilab olib, plessimetr barmoqni chap yonbosh suyagi qanoti bo'ylab joylashtirib va o'rta qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab qarama-qarshi tomonga perkussiya qilinib boriladi (pastdan yuqoriga qarab). Timpanik tovushni bo'g'iq tovushga o'tishi demak taloqni pastki chegarasi hisoblanadi va bu normada XI qovurg'aga to'g'ri keladi. Taloq kengligini topish uchun yuqori va pastki chegara oralig'i o'lchanadi, bu meyuorda 4-7 smni tashkil qiladi.

Taloqni orqa chetini aniqlash uchun chap X qovurg'ani paypaslab topib, umurtqaga birikish joyini topish kerak. Keyin barmoq plessimetrni chap umurtqa oldi chizig'iga joylashtiriladi, bunda barmoqning o'rta falangasi (o'rta suyagi) X qovurg'aga perpendikulyar bo'lishi lozim. Barmoq plessimetrni shunday holatini saqlab, X qovurg'a bo'ylab taloq tomon timpanik tovushdan bo'g'iqroq tovushgacha perkussiya qilinadi. Bu taloqning orqa cheti hisoblanadi va dermograf bilan belgilanadi. Meyorda taloqning orqa cheti chap kurak chizig'idan tashqaqriga chiqmaydi.

Taloqni oldingi cheti chegarasini aniqlash uchun plessimetr barmoqni qorinni oldingi chizig'i bo'ylab shunday joylashtirish kerakki, bunda barmoq o'rta falangasi kindik chizig'iga perpendikulyar bo'lishi kerak. Taloq tomon perkussiya qilib boriladi, kindik va chap X qovurg'a kesishish nuqtasidan chap qo'ltiq osti chizig'i gacha boriladi. Timpanik tovushni bog'iqroq tovushga o'tishi, taloqni old cheti chegarasi hisoblanadi. Meyorda bu old qo'ltiq osti chizig'idan tashqariga chiqmaydi. Keyin taloqni oldingi va orqa chegaralari oralig'i o'lchanadi, va bu 6-8 smni tashkil qiladi. Taloq haddan ziyod kattalashsa old chegarasi qovurg'a yoyidan tashqariga chiqadi. Bu holatda tashqariga chiqqan qismi o'lchanadi.

Taloqni Kurlov bo'yicha aniqlangan chegarasi kasallik tarixiga kasr chizig'i bo'yicha kiritiladi.

$$6 \frac{17s}{9} \text{ cm,}$$

Bu erda butun (6) sonlar taloqning qovurg'a yoyidan chiqqan qismi.

Surat (17) bo'g'iqlik uzunligi.

Maxraj (9) bo'g'iqlik kengligi .

Taloqni kattalashganligini yana bir oddiy usul bilan aniqlash mumkin. Agar perkussiya vaqtida bemor holati o'ng yonboshga bo'lsa, X qovurg'ani chap o'rta qo'ltiq osti chizig'i bilan kesishish joyida xuddi jigarni kattaligicha bo'g'iqlik tovushi aniqlansa, demak taloq juda kattalashgan (Ragoza simptomi).

Taloqning kattalashuvi qator kasalliklarni asosiy diagnostik belgilaridab biridir. Jigar, taloq va limfatik tugunlarni birdaniga kattalashuvi bazi bir o'tkir va surunkali infeksiyalar, sepsis, infeksiyon endokardit, gemoblastozlar va sistemali immunopatologik kasalliklarda uchraydi. Jigar va taloqning kattalashuvi surunkali faol hepatitda, jigar tsirrozida, gemolitik anemiyada va moddalar almashinuvi buzilishi (yig'ilish) kasalliklarida (Goshe, Nimanna-Pika) uchraydi. Taloqning kattalashuvi darvoza va taloq venasi trombozida, taloqda o'sma, kista va boshqa mahalliy jarohatlar rivojlansa kuzatiladi. Taloqning juda kattalashib ketishi surunkali mieloleykozda, osteomielofibroзда kuzatiladi va bu bazan qorin bo'shlig'ini katta qismini egallaydi hatto kichik chanoqqacha tushishi mumkin.

Kamqonliklar simptomatologiyasi (temir etishmovchiligi). Postgemorragik va gemolitik anemiyalar. Etiologiya, patogenezi, klinik variantlari.

Anemiya (kamqonlik)-qonning hajm birligida eritrotsitlar, gemoglobinni va ularning eritrotsitlar tarkibida miqdorining kamayishi, ularning sifati o'zgarishi natijasida yuzaga keladigan kasallik bo'lib, kelib chiqishiga ko'ra irsiy va orttirilgan (birlamchi va ikkilamchi), bo'ladi.

Anemiyanı keltirib chiqaruvchi sabablar nihoyatda ko'p, turli tabiatga ega. Anemiya kelib chiqishiga ko'ra, ekzogen va endogen omillarning ta'sirida kelib chiqadi. Ekzogen omillar o'z navbatida infeksiyon (bezgak qo'zg'atuvchisi) va noinfeksiyon (har xil toksik moddalar, ilon, chayon chaqishi va h.k.), alimentar (vitamin B12 va folat kislotasi, temir moddasi yetishmasligi va h.k.) omillarga bo'linadi. Anemiyaning kelib chiqishiga qarab sabablari ham turlicha bo'ladi. Anemiya bilan kasallangan bemorlarda birinchi navbatda eritrotsitlarning nafas funktsiyasi, ya'ni to'qimalarga kislorod yetkazib berish faoliyatining buzilishi kuzatiladi va oqibatlari (agar tegishli choralar o'z vaqtida qo'llanilmasa) yomon tugashi bilan boshqa kasalliklardan farq qiladi. Ayni vaqtda, shuni ta'kidlash lozimki, anemiya nihoyatda har tomonlama, faqat tibbiy-biologik emas, ekologik-ijtimoiy, iqtisodiy va h.k. tomondan ham muhim ahamiyatga molik jiddiy muammodir. Anemiyalarda qonda eritrotsitlarning turli patologik shakllari paydo bo'lib, ular normal funktsional imkoniyatga ega bo'lmay, kislorod tashib berish qobiliyati pastdir. Ularning ayrimlari gemoglobinni kam tutganligi tufayli kislorodni yetarli miqdorda biriktirmaydi, boshqalari esa, masalan, yosh eritrotsitlar, bir tomondan, kislorodni kam biriktirsa, ikkinchidan, kislorodni o'zlarining hayoti uchun sarflaydi (ular turli sharoitlarga nisbatan chidamsiz bo'lib, yashash davrlari qisqa bo'ladi va h.k.).

Anemiyaning tasnifi

Anemiyalar to'g'risida to'liq tushunchaga ega bo'lish, ularni aniqlab tashxisi, diagnostikasi va bemorlarni samarali davolash masalalarini to'g'ri amalga oshirish maqsadida ularning ko'rsatkichlariga asoslanib, turli tasniflar taklif etilgan, ana shulardan birini, ko'pchilik tomonidan qabul qilinganini keltiramiz. U quyidagi tamoyillarga amal qilingan holda tuzilgan.

Anemiya tasnifi

I. Etiologiya va patogenezi ko'ra

1. Qon yaratilishi (eritropoez) ning buzilishi tufayli kelib chiquvchi anemiyalar.

Temir tanqis anemiya

Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasi

2. Postgemorragik (qon yo'qotishdan keyin yuzaga keluvchi) anemiya.

a) o'tkir

b) surunkali

3. Gemolitik anemiya — eritrotsitlarning odatdagidan ko'p gemolizi tufayli kelib chiquvchi anemiya.

A) irsiy

a) - membranopatiya-mikrosferatsitoz, ovalotsitoz, stomatotsitoz va boshqalar kabi shakllari bo'ladi;

b)- enzimopatiya-glukoza-6-fosfatdehidrogenazi, piruvatkinazi, glutation reduktaza, glutationperoksidaza, γ -glutamyltranspeptidaza etishmovchiligida kelib chiqadi;

v)-gemoglobinopatiyalar- α talasemiya, β talasemiya, o'roqsimon hujayrali anemiya va b.q)

B) orttirilgan (infeksiyon va noinfeksiyon) shakllari bo'ladi.

II. Qon ishlab chiqaruvchi to'qima (a'zo) ning funktsional holatiga qarab

1. Regenerator anemiya suyak ko'migi faoliyati me'yorda, chegaralanmagan, retikulotsitlar soni 1-5 % ni tashkil qiladi.

2. Giperregenerator anemiya. Bunda eritropoez kuchayib, suyak ko'migi va periferik qonda retikulotsitlar me'yordan 5% ko'p bo'ladi va shu bilan birga eritrotsitlarning umumiy miqdori ham ortib boradi.

Giperregenerator anemiyada eritrotsitlar tez voyaga etadi, masalan, buni o'tkir postgemorragik anemiyada kuzatish mumkin va u qon ishlab chiqaruvchi to'qimaning faollashganidan dalolat beradi.

3. Giporegenerator anemiya (suyak ko'migi faoliyati qisman chegaralangan, retikulotsitlar soni 1% dan kam). Bunda eritrotsitlar sekin voyaga yetadi, periferik qonda retikulotsitlar soni deyarli ko'paymaydi. Ushbu hol temir tanqis anemiyada yuzaga keladi.

4. Aregenerator anemiya. Anemiyaning bu turida qon ishlab chiqaruvchi to'qimalarda eritropoez deyarli to'xtaydi, periferik qon va suyak ko'migida retikulotsitlar bo'lmaydi, masalan, gipoplastik anemiya. Bunda eritropoez bilan bir qatorda leykopoez ham, trombositopoez ham sustlashib, qonda barcha shakliy elementlar soni kamayadi. Suyak ko'migi faoliyati chegaralangan, retikulotsitlar soni 0,2% dan kam.

III. Qonning rang ko'rsatkichiga (RK) qarab:

1. **Normoxrom anemiya.** (RK 0,85—1,05ga teng, HB ning eritrotsitdagi konsentratsiyasi— 32%); Ma'lumki, eritrotsitlarning bo'yalishi ularning tsitoplazmasidagi gemoglobin (normada 30-35 pg) miqdoriga bog'liq. Shunga ko'ra, normoxrom anemiyada periferik qonda gemoglobinni me'yorda tutgan eritrotsitlar mavjud bo'ladi. Bunda eritrotsitlar sonining va gemoglobin miqdorining barobar kamayishi (masalan, o'tkir qon yo'qotilganda) kuzatiladi.

2. **Gipoxrom anemiya.** (RK 0,86 past, HB ning eritrotsitdagi konsentratsiyasi 32% kam). Bunda qonning rang ko'rsatkichi me'yoridan past bo'ladi (masalan, temir tanqis anemiyada). Qonning rang ko'rsatkichi pasaygan bo'lib, bu eritrotsitlarning kichik o'lchamli (mikrotsitlar) bo'lishi va periferik qonda yetilmagan eritrotsitlarning paydo bo'lishiga bog'liq. Bu anemiyada qonda gemoglobinning kamayishi ayniqsa ko'zga tashlangan bo'ladi.

3. **Giperxrom anemiya.** (RK 1,05 ortiq, HB ning eritrotsitdagi konsentratsiyasi 38% ortiq); Bunda qonning rang ko'rsatkichi me'yoridan yuqori (masalan, pernitsioz anemiyada) bo'ladi. Giperxromiya odatda katta o'lchamli qizil qon shakliy elementlari (makrotsitlar) va ayniqsa megalotsitlar, hatto qisman megaloblastlar hisobiga bo'ladi.

IV. Eritropoezning (tipik) buzilishiga ko'ra:

1. Normoblastik eritropoez bilan kechuvchi anemiyalar
2. Megaloblastik eritropoez bilan kechuvchi anemiyalar

V. Eritrotsitlarning katta kichikligi (o'lchami) ga ko'ra:

1. Normotsitar anemiya (masalan, o'tkir postgemorragik anemiya) (eritrotsitlarning o'rtacha diametri 5,5 – 8,8 mkm ga teng);
2. Mikrotsitar anemiya (masalan, temir tanqis anemiya) (eritrotsitlarning o'rtacha diametri 5,5 mkm dan past);
3. Makrotsitar anemiya (masalan, pernitsioz anemiya) (eritrotsitlarning o'rtacha diametri 8,8 mkmdan ortiq);
4. Megalotsitar eritrotsitlarning o'rtacha diametri 11–12 mkmdan ko'p;

Qon yaratish tizimi kasalliklarida uchraydigan asosiy sindromlar:

- 1 – anemik;
- 2 – gemorragik
- 3 – gemolitik;
- 4 – DVS sindromi

Jigar kasalliklari

Buyrak kasalliklari

O'smalar

Biriktiruvchi to'qima xastaliklari;

Endokrin kasalliklari

Qon ketishlar

gemoliz

qo'rg'oshin bilan zaharlanish

globin sintezidagi defekti

dori-darmonlarni nojo'ya (yot) ta'siri

kompensator taxikardiya

HB miqdorini kamayishi

Yurak yetishmovchiligini yuzaga kelishi (HB ni 50 g/l dan kamayib ketgan holda)

TEMIR TANQIS ANEMIYA

Temir organizmdagi umumiy miqdorini (5 gr) taqsimoti:

- 1 – deyarli 57,3% qismi HB tarkibidagi gem fondiga;
- 2 – 1,500 mgga yaqin ferritin va gemosiderinda (32%);
- 3 – 10,5% (490 mg) to'qimalarda fermentlar (tsitoxrom, peroxidaza, mioglobinda va b.q.) tarkibida.
- 4 – 0,2% qon zardobida temir tashishda ishtirok etuvchi metaloproteidlarda ya'ni transferin tarkibida bo'ladi.

Anemiyaning bu turida eritrotsitlar soni deyarli o'zgarmay turib, ularning asosan gemoglobinga to'yinishi pasayishi (30-35 pgdan) hisobiga yuzaga kelib, gipoksemiya bilan xarakterlanadi.

Temir-tanqis anemiyaning sabablari;

1. surunkali qon ketishlar;
2. meda ichak trakti kasalliklari;
3. homiladorlik;
4. infeksiya;
5. temirning tug'ma etishmovchiligi;
6. temirning alimantar etishmovchiligi;

Anemiyaning kelib chiqishi organizmda temir moddasining yetishmasligi, surunkali ravishda qon yo'qotish, temir moddasi so'rilishini buzilishi, organizmda yuzaga keladigan temirga bo'lgan talabning oshishi (homiladorliklar, tug'ruq oralig'ining yaqin bo'lishi, bolalarda o'sish davrida), hayz tsiklining buzilishi (uzayishi), ichaklar yallig'lanishlarida temir moddasi so'rilishining buzilishi, ichaklar peristaltikasi kuchayishi, gijja kasalliklarida, me'da shirasi ta'sirida temir III valentli temir II valentlga o'tmasligi, temir so'rilishini ingibirolovchilarni (kisel, tuxum sarig'i, qora choy, kepek va kletchatkada boy ovqatlar hamda aktivlangan ko'mir, kofe, sut temir so'rilishini kamaytiradi); ko'payishi natijasida yoki turli sabablarga ko'ra uning qon tarkibiga kira olmasligi tufayli qon yaratuvchi to'qimalarga gemoglobining sintez qilinishining buzilishi, gipo va atransferinemiya sababli yuzaga keladi.

Temir hayot uchun zarur bo'lgan mikroelement bo'lib, qator fermentlar tarkibida turli jarayonlarda qatnashadi, lekin gemopoezda u alohida o'ringa egadir. Katta yoshdagi odamlar organizmida 3-6 g temir bo'lib, shundan 70% eritrotsitlardagi gemoglobin tarkibiga kiradi. 1g temir jigar bilan taloqda zahira holida saqlanadi.

Organizmda qon yaratish uchun temirga bo'lgan talab eritrotsitlarning fiziologik parchalanishida ajralib chiqadigan temir hisobiga deyarli qondirilib turiladi. Eritrotsitlarning gemolizi vaqtida ajralib chiqqan temirning asosiy qismi gemosiderin holida mononuklear fagotsitar sistema (MFS) makrofaglari tomonidan yutib olinib, keyinchalik qon hosil qilishda ishlatiladi, biroq etishmagan qismining o'rni ovqat bilan qabul qilingan temir hisobiga to'ldirilib turiladi. Ovqat tarkibidagi temir 3 valentli bo'lib, oshqozonda erkin xlorid kislota ta'sirida undan 2 valentli temir hosil bo'ladi va u ingichka ichakda (asosan 12 barmoq ichakda) apoferritin bilan qo'shilib ferritinga aylanadi, qonga so'riladi va qonda betta (1) globulin bilan qo'shilib, transferin tarkibida kerakli to'qimalarga yetkaziladi. Shuni aytish kerakki, temirning qondagi oqsil bilan qo'shilishi organizmning himoya-moslanish xususiyatlaridan biri bo'lib, temirni siydik bilan ajralishdan saqlashga, uni tejashga qaratilgandir. Qon yaratuvchi to'qimalarda temir tanqisligi ro'y bersa, eritrotsitlarda gem va globin sintezi pasayib, tarkibida gemoglobinni kam tutgan eritrotsitlar ishlab chiqariladi va gipoxrom anemiya yuzaga keladi. Ba'zi vaqtlarda temirning eritrotsitlar membranasiga yetarli o'tmasligi natijasida gemoglobin sintezi buziladi va shuning bilan birga ba'zi temir bilan bog'lanuvchi fermentlar (glutationperoksidaza, katalaza) faolligining pasayishi eritrotsitlarning gemolizga uchrashi, ularning umri qisqarishi kuzatiladi, ya'ni eritropoez samarasi pasayadi.

Normada organizm har sutkada 1 mgdan ko'p bo'lmagan miqdorda temir moddasi (teri, ichak epiteliysi va o't bilan) ajralib, uning o'rni ovqat bilan qabul qilingan temir hisobiga to'ldirilib turiladi. Ayollar hayz vaqtida taxminan 15 mg temir yo'qotadilar.

Turli sabablarga ko'ra (oshqozon-ichak kasalliklari, jigar kasalliklari, ayollarga xos ba'zi bir kasalliklar) surunkali qon yo'qotishlar natijasida temir-tanqis anemiya kelib chiqadi. Ilgarigi vaqtlarda temir-tanqis anemiyaning keng tarqalgan, hozir kam uchraydigan, ammo diqqatga sazovor xloroz (rangsiz bedarmonlik) deb ataluvchi turi bo'lib, uni ikki: ertagi va kechki guruhlariga farqlanadi.

Ertagi xloroz qizlarda, ularning balog'atga etish davrida, kechkisi ma'lum katta yoshli ayollarda jinsiy a'zolarning so'nishi (klimaks) davrida kuzatilib, bularning asosiy sabablari hayz ko'rishning buzilishi tufayli qon yo'qotish bilan bog'langan. Lekin aniqlashlarga ko'ra, bunday kasallik ayrim hollarda erkaklarda ham

kuzatilishi mumkin. Bolalarning o'sishi bir tekisda bo'lmay, vaqti-vaqti bilan, ayniqsa balog'atga yetish davrida tezlashishi mumkin. Bola tez o'sayotgan davrida uning organizmi kislorodga, demak gemoglobinga, temirga talabi ortadi. Agar shu davrda organizmda temir zahirasi yetarli bo'lmasa kamqonlik kelib chiqadi.

Ma'lumki, gemoglobin gem hamda globindan tashkil topgan bo'lib, temir gem qismining tarkibiga kiradi. Gemning sintezi bir necha davrdan iborat bo'lib, qator fermentlar ishtirokida amalga oshiriladi. Tegishli fermentlar yetarli bo'lmasa, qon yaratuvchi a'zolarida temir o'zlashtirilishining sideroakrestik (akreziya o'zlashtirilmaslik so'zidan) deb ataluvchi gipoxrom anemiya yuzaga keladi. Temir-tanqis anemiyada bemorlar qonida temir miqdori 2-2,5 mkmol/l gacha kamayadi (normada temir qonda 13-30 mkmol/l), sideroakrestik anemiyada temir qonda, aksincha, ko'payadi. Bu anemiya tug'ma (va irsiy) va orttirilgan bo'lishi mumkin. Orttilirilgani har xil zaharli **moddalar** (masalan, qo'rg'oshin), dori vositalari (masalan, sil kasalligiga qarshi qo'llaniladigan dorilar) ta'sirida va avitaminoz (masalan, V₆) larda kelib chiqishi mumkin.

Temir-tanqis anemiya qonda transferrin yetishmasligi natijasida ham kelib chiqishi mumkin. Bunda temir oqsil bilan birikmagan bo'lsa, siydik bilan ajralishi mumkin.

Buyrak kasalliklarida, masalan nefrotik sindromda siydik bilan boshqa oqsillar qatorida transferrin ham ajraladi, temir yo'qotiladi va anemiya kelib chiqishi mumkin.

Temir yetishmaganda anemiya bilan bir qatorda organizmda **mioglobin** sintezi va temir tutuvchi nafas fermentlarining yetishmasligi sababli turli to'qimalar va a'zolarida, ayniqsa ovqat hazm qiluvchi a'zolarida va yurak miokardida turli atrofik-distrofik jarayonlar kuzatiladi.

Klinikasi: 1. Sub'ektiv: So'rab surishtirish - interrogatio

Shikoyatlar – **anemik, gipoksemik simptomlar:** ko'z oldi qorong'ulashishi, ish qobiliyati pasayishi, tez charchash, hansirash, darmonsizlik, bosh aylanishi, yurak urishi, yurak sohasida og'riq, quloqlarda shovqin, terida sezuvchanlikni susayishi, badanda chumoli yurish hisi terida paydo bo'lishi, ishtaha pasayishi, ko'ngil aynishi, tam bilish qobiliyatini yo'qolishi, kesak, bo'r istemol qilish, kerasin va benzin hidlash (Pico xloratika), kekirish, ovqatdan so'ng epigastral sohada noxush holat, ba'zan ichi suyuq o'tishi, qo'l va oyoqlar uyushishi, sideropenik disfagiya, ta'm bilishni buzilishi (disgivziya), g'ayriodatiy hidlarga moyillik paydo bo'lishi (Rossolimo-Bexterov sindromi 1900-1901y aniqlangan va keyinchalik, Plammer va Vinsonkar aniqladilar).

Gipoksik sindromlar bilan birga **markaziy asab** tizimi tomonidan-bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'z oldida sharpalar uchishi, diqqatni uzoq jamlay olmaslik, fikrlash qobiliyatini pasayishi, xotirasini susayishi, uyquning buzilishi, qo'zg'aluvchanlik, bolalarda psixomotor rivojlanishda orqada qolish, yig'loqi bo'lish, astenovegetativ buzilishlar va uzoq muddatda subfebril isitma asab tizimi tomonidan bezovta qiladi.

Yurak-qon tomir tizimi tomonidan pulsning labilligi, taxikardiya, tomirlarda «bo'richa shovqini», yurak uchida sistolik shovqin eshitiladi. Og'ir holatlarda bemorlar juda behol, kuchsiz, uyquchan, yig'loqi bo'ladilar. Bemorlar ko'zdan kechirilganda ranglari oqargan qog'irchoq nyuzidek rangda yoki biroz sarg'ish rang tovlanadilar. Bemorlar yuzi shishgan, oyoqlarda, tizzada shish, teri va shilliq qavatlarda ekximoz kuzatiladi. Teri quruq, oyoqlar sovuq, muskulatura boshalgan.

Anamnesis morbi; kasallikning boshlanishi, qancha davom etishi, sochlarining holati, tirnoqlari holati-koylonixiya, sideropenik sindromlar va hokazo o'zgarishlarga etibor qaratish lozim.

Anamnesis vitae; hayoti davomida meda ichak traktida yallig'lanish, gijja kasalliklari bo'lganligi, bola emizishi, homiladorligi, hayz tsiklining uzayishi va surunkali ravishda ko'p qon yo'qotishi, medaning giposekretsiyasi va boshqa omillarning kasallik rivojlanishiga olib keladi.

TTA yuzaga keladigan sindromlar

t/r	Pico xloratika	Sideropenik sindromlar
1	Tam bilishning buzilishi; bo'r, ohak, tish pastasi va tish poroshogi, o'chirgich, qum, tuproq, xom go'sht, xamir istemol qilish, namlik, loy, ko'mir iste'mol qilishga intilish kabi belgilari	Terining qurishi, teri tarangligini (turgor) pasayishi, og'iz burchaklarining bichilishi yoki yorilishi, tovonning (oyoq) yorilishi (giperkeratoz) ;
2	Har xil yomon tasir qiluvchi hidlarni; Kerasin, benzin, atseton, mazut, rezina, kosmetik lak va bo'yoqlar hidlashni xush ko'rish	Sochning ingichkalashishi, qurushi, oqarishi, tez sinishi, uchlarini yorilishi (ikkiga bo'linishi) va ko'p to'kilishi;

	va h.k.	
3	To'satdan ba'zi bir oziq ovqat maxsulotlarini istemol qilgisi kelishi	Koylonixiyaning rivojlanishi-tirnoqlarning yupqalashib yassilanishi, qiyshayishi, ichkariga botishi (qoshiqsimon bo'lishi), shakli o'zgarishi, sinuvchan bo'lishi, tirnoq oldi to'qimasi yalig'lanishi, ularda ko'ndalang chiziqlarni hamda deformatsiya paydo bo'lishi; Og'iz bo'shlig'ida gingivinit, angulyar stomatit, shilliq qavat atrofiyasi, glossit, laklangan til, tishlar kariesi va sinishining sodir bo'lishi hamda qizilo'ngach epiteliysi distrofiyasi va shu sababli disfagiya shikoyat qiladi. Qattiq ovqatni yutish qiyinligi.

2. Ob'ektiv: – sideropeniya simptomlari: burun halqumquyi qismlari va qizilo'ngach yuqori qismi epiteliylari shikastlanishi natijasida sideropenik disfagiya (Plummer-Vinson sindromi) kuzatiladi. Shu sababli quruq va qattiq ovqatni yutishi buzilishi, ovqatni qayta chiqishi hamda bu qizilo'ngachni yuqori uchligini og'rish bilan kechadi. Til epiteliylarini o'zgarishi uning so'rg'ichlarini atrofiyasiga olib keladi shu tufayli til silliq, yaltiroq, bu tilni achishib kuyishi va og'rishiga olib keladi.

Ko'zdan kechirish - Inspectio; bolalar o'sishdan orqada qolib, infantilizm rivojlanadi, terisi va shilliq qavatlar rangpar (terini mumsimon oqarishi), terisi quruq va ko'chuvchan, tirnoqlar yupqalashib, yassilashishi, sinuvchan bo'lib qolishi, shakli o'zgarishi, qoshiqsimon bo'lib qolishi-**koylonixiya**,



Suratda qoshiqsimon tirnoq-**koylonixiya**

sochlarni oqarishi, ingichkalashishi, mo'rt bo'ladi va to'kiladi, quruq va sinuvchanligi kuzatiladi, mushaklarni susayishi. **Og'iz bo'shlig'i o'zgarishlari.** Og'iz burchaklari yoriladi, yaralar paydo bo'ladi va og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlardan angulyar stomatit, gingivit, glossit, til so'rg'ichlari atrofiyasi, tish milkklarida yiringli yallig'lanishlar (alveolyar pioreya), tishlarida yaltirash yo'qolib temir preparatlari qabul qilish natijasida qorayadi va destruktsiyaga olib keladi, bu tishlarni tezda shikastlanishiga olib keladi, gastrit, duodenit, kolit paydo bo'ladi.

Palpatsiya - Palpatsio; yurak turtki zarbi maydoni kengayishini aniqlash mumkin. Bolalarda jigar biroz kattalashishi mumkin.

Perkussiya - Percussio; yurak chegaralari kattalashishi mumkin asosan chap qorincha.

Auskultatsiya - Auskultatsio; yurak uchida va o'pka arteriyasida sistolik shovqin eshitiladi, qon tomirlari auskultatsiya qilinganda asosan bo'yin venalarini qonning reologik xususiyatlari pasayganligi tufayli qon oqimi tezlashadi, shu tufayli "bo'richa" shovqini eshitiladi, asosan o'ng tomonda va bu shovqin bo'yinni teskari tomonga burganda kuchayadi.

3. laborator:

- Qonning umumiy tahlili
- Gematokrit soni
- Zardobdagi temir miqdori
- Trombotsitlar sonini aniqlash

Gemogrammada birinchi navbatda eritrotsitlar va ko'proq gemoglobinning keskin kamayganligi ko'zga tashlanib, qonning rang ko'rsatkichi 0,6 (0,85-1,05 normada) gacha va undan ham kam bo'lishi mumkin. Qon surtmasida gipoxromiya, mikrotsitoz, anizotsitoz, poykilotsitoz kuzatilib, gipoxromiya bilan mikrotsitozning ifodalanish darajasi kasallikning og'ir kechishidan dalolat beradi. Retikulotsitlar soni normaga yaqin bo'lib, qon ketish davrlarida biroz ko'payishi mumkin. Trombotsitopeniya kuzatiladi, nisbiy limfotsitoz, monotsitoz, eozinopeniya kuzatilishi mumkin. Qon zardobida temirning kamayishi 1,5-2,5 marta va transferinni temir moddasiga toyinishi 15 marta kamayadi. Temir saqllovchi fermentlar faolligi pasayishi munosabati bilan me'da va ichaklar shilliq qavatlarida atrofik jarayonlar kechib, axlorgidriya va axiliya ya'ni me'da shirasi ishlab chiqarilishi pasayishi kuzatiladi.

4. Instrumental:

Steril punktsiya

Rentgenologik tekshirishda qizilo'ngach, me'da va ichaklar shilliq qavatlari burmachalari atrofiyaga uchrab tekislanadi, bularni gastrofibroskopiya o'tkazganda yana aniqroq ko'rishimiz mumkin.

Morfologik tekshirish

- **Davolash**-uzoq muddat davolash kerak bo'ladi.
- 1. TTA sababini bartaraf etish;
- 2. Temir absorbtitsiyasini ingibitsiya qiluvchi mahsulotlar qabulini ta'qiqlash (m: fosfor, fitin kislotasi, oziq ovqat maxsulotlari tarkibida kaltsiy ko'p bo'lsa, kofe, choy va h.k.);
- 3. Temir moddasiga boy oziq-ovqat maxsulotlari berish (go'sh, jigar, tuxum, dukkakli o'simliklar-loyiya, mosh va h.k.).
- 4. Temir reabsorbtitsiyasini tezlashtiruvchi ingredientlarni tavsiya etish;
- 5. Temir moddasini so'rilishini yaxshilovchi askorbin kislotasi;
- 6. Per os va per os moneligi bo'lsa parenteral temir preparatlari berish;

(Tardiferon, Ferropleks, Ferbitol, globeks, Ferrum lek, Jektofer, Imferon, ferkoven, Totema) va Vit B12, folat kislotasi hamda shu preparatlarga boy bo'lgan oziq ovqat mahsulotlari tavsiya etiladi.

Gipoksik sindromlar-bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'z oldida sharpalar uchishi, diqqatni uzoq jamlay olmaslik, fikrlash qobiliyatini pasayishi, xotirasini susayishi, uyquning buzilishi, qo'zg'aluvchanlik, bolalarda psixomotor rivojlanishda orqada qolish, yig'loqi bo'lish, astenovegetativ buzilishlar va uzoq muddatda subfebril isitma asab tizimi tomonidan bezovta qiladi.

Yurak-qon tomir tizimi tomonidan pulsning labilligi, taxikardiya, tomirlarda

«bo'richa shovqini», yurak uchida sistolik shovqin eshitiladi. Og'ir holatlarda bemorlar juda behol, kuchsiz, uyquchan, yig'loqi bo'ladilar. Bemorlar ko'zdan kechirilganda ranglari oqargan qog'irchoq nyuzidek rangda yoki biroz sarg'ish rang tovlanadilar. Bemorlar yuzi shishgan, oyoqlarda, tizzada shish, teri va shilliq qavatlarda ekximoz kuzatiladi. Teri quruq, oyoqlar sovuq, muskulatura boshalgan.

Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasi

Bu kamqonlikda qon hosil bo'lishini buzilishi yizaga keladi, giperxrom va megaloblastik tip kamqonlik hisoblanadi.

Bu kamqonlik birinchi bo'lib 1855 yilda Addison tomonidan va keyinchalik 1868 yilda Birmer tomonidan yozilgan bo'lib, pernitsioz (yomon sifatli) anemiya deb yuritilgan. Bu kasallikni davolash juda qiyinligi tufayli ko'p bemorlar vafot etganlar.

Vitamin B12 yetishmovchiligi va folat kislotasi tanqis anemiyasi etiologik omillarini quyidagilarga bo'lish mumkin:

Vitamin B12, folat kislotasini me'da va ichaklar yo'lida so'rilishini buzilishi natijasida yuzaga keladigan kamqonlik.

Me'da ichak yo'lida yallig'lanish, o'smalar, rezektsiya bo'lishi, ichak peristaltikasini (qisqaruvchanligini) kuchayishi, ichaklar kasalligi (spru, terminal ileit, divertikul, ichak teshilishi va h.k.), medaning fundal qismi bezlari atrofiyaga uchrashi natijasida gastromukoproteinlar ishlab chiqarilishi susayishi tufali vitamin B12 so'rilishini buzilishi, kastlning ichki va tashqi omili va h.k.

Vitamin B12, folat kislotasini alimantar yetishmovchiligi.

Bolalarni sun'iy (echki) suti bilan boqish, oziq ovqatlar tarkibida Vitamin B12, folat kislotasini kamligi, go'shtli ovqatlarni kam iste'mol qiluvchilar va h.k.

Vitamin B12, folat kislotasini ko'p ishlatilishi natijasida.

Gijja kasalliklarida, dizbakterioz, homiladorliklar, tug'ruq oraliq'ining yaqin bo'lishi, bolalarda o'sish davrida, gemoblastozlar o'tkir leykoz, eritromiyeloz, osteomiELOfibrozda va h.k. Bu etiologik omillarni ekzogen (vit. B12 va folat kislotani alimentar etishmovchiligi) hamda endogen (qolgan barcha yuqorida sanalgan sabablar) omillarga bo'lish mumkin. Endogen omillar o'z navbatida meda ichak traktiga bog'liq (gastromukoproteinlar sintezi pasyishi, ingichka ichak yallig'lanishlari, uning peristaltikasini kuchayishi kabi sabablar) va bog'liq bo'lmagan (gijja kasalliklari, vit. B12 va folat kislotaga bo'lgan talabni ortishi kabi sabablar) omillarga bo'lish mumkin.

Patogenezi Vitamin B12 (tsianokobalamin) yetishmovchiligida, folat kislotasi uning faol shakli tetrafolat (folin) kislotasiga aylanmay qo'yadi va natijada eritropoez hujayralarda DNK sintezi va hujayralar bo'linishi buziladi, natijada me'yoriy eritropoez buziladi. Eritroblastlar razmeri kattalashib ular megaloblastlarga aylanadi (embrional qon yaratish tizimiga o'tadi), qizil qon hujayralari yadrolari etilishining sustlashishi va tsitoplazmaning gemoglobinlashish darajasi ortadi (rang ko'rsatkichi 1,05 yuqori bo'ladi). Megaloblast hujayralar taloq sinuslaridan o'tishda tiqilib sekin o'tadi va shu erda yoki suyak ko'migida parchalanib yuboriladi, natijada kamqonlik kelib chiqadi. Megaloblastlar parchalanishi natijasida qon zardobida bilirubin miqdori ko'payishi va najas bilan ko'p miqdorda sterkobilin chiqishi kuzatiladi. Qon zardobida temir miqdorini biroz ortishi kuzatiladi. A'zo va to'qimalarda temir saqllovchi pigment gemosiderin ko'payib, jigar, taloq, buyrak, suyak ko'migida, limfa tugunlarda va boshqa a'zolar gemosideroziga olib keladi.

Klinikasi Addison-Birmer kasalligining klinikasi va qondagi o'zgarishlari asosan retsidiv paytida yaqqol bilinadi va kekxa yoshdagi insonlar ko'proq kasallanib, asosan erkaklar orasida ko'p tarqalgan. Kasallik bilinar bilinmas rivojlanadi va boshlang'ich simptomlari holsizlik, tez charchash, til qurishi sezgilarini paydo bo'lishi, dispeptik holatlar bezovta qilib turadi. Yurak urishi (taxikardiya) bezovta qiladi, **auskultatsiyada** yurak uchida sistolik shovqin, bo'yin venalarida "bo'richa" shovqini eshitiladi, **palpatsiyada** puls yumshoq va tezlashgan. Yurak chap tomonga siljishi mumkin. EKGda tishchalar amplitudasi asosan T pasayadi, ST segment izolinyadan pastga yoki yuqoriga siljishi mumkin. Ba'zan asab sistemasi faoliyati buzilishi bilan kechib, funikulyar miyeloz belgilari namoyon bo'ladi.

Kasallikning xuruji davrida Addison-Birmer kasalligining klinikasi triada sindromlar bilan kechadi: bular - anemik, hazm-ichaklar tizimi, nevrologik sindromlardir.

Anemik sindromlarga quyidagilar kiradi: holsizlik, bosh aylanishi, quloqda shovqin, hansirash, kuchlanish vaqtida yurak sohasida sanchiq bo'lib, stenokardiyani eslatadi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlar rangpar bo'lib limon sariq tovlanadi, teri osti yog' qavati rivojlangan bo'ladi. Bu toifadagi bemorlarda qon bosimi past bo'ladi, auskultatsiyada sistolik shovqin eshitilib, tomirlarga beriladi. EKGda miokardda diffuz distrofik o'zgarishlar namoyon bo'ladi.

Hazm-ichaklar tizimidagi o'zgarishlar bular tilning achishi, ko'p holatlarda tam sezgisini yo'qolishi, tilning og'rishi, ishtahaning yo'qolishi, epigastral sohada og'riq va noxush holat, ichining suyuq o'tishi bezovta qiladi. Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri qoplami va shilliq qavatlar oqimtir sarg'ish rangdaligini hamda yuzlari shishganligini ko'rish mumkin. **Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar**-tili to'q qizil rangda (malina rangi), yaltiroq, til so'rg'ichlari asosan til uchi hamda yon tomonlarida atrofiyaga uchraganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunter glossiti), til uchi va yon tomonlarida og'iz shilliq qavatlari va orqa devori atrofiyaga uchrab tekislanadi, ba'zan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarida va til uchida, atroflarida yaralar paydo bo'ladi, tishlar kariesga moyil bo'lib, kasallanadi.

Me'da shirasi tekshirilganda gastromukoproteinlar va pepsinning bo'lmasligi hamda axlorgidriya kuzatiladi va bu remissiya davrida ham saqlanadi. Palpatsiyada jigar og'riqli va kattalashgan, yumshoq. Ba'zan taloq ham kattalashadi. Perkussiyada yassi va naysimon (katta boldir) suyaklarda suyak ko'migi giperplaziyasi tufayli og'riq seziladi. Gastroskopiya me'da shilliq qavatlari atrofiyaga uchrab, shilliq qavat burmachalarida polipsimon o'zgarishlar bo'lib qalinlashganligini ko'rishimiz mumkin.

Nevrologik sindromlari. Vitamin B12 etishmovchiligi natijasida orqa miyaning yon-biqin devori (stolblar) shikastlanib distrofik o'zgarishlarga olib keladi va bu funikulyar miyelozga olib keladi. Ba'zanda miyada ishemik o'choqlar paydo bo'lib nerv hujayralari yumshayadi. Asosiy klinik simptomi paresteziya, chuqur va vibratsion sezgirligining yo'qolishi asosan oyoqlarda. Shu tufayli ataksiya kuzatilib, harakat buziladi. Qo'l oyoqlarda holsizlik, parezlar, pay reflekslarini pasayishi yoki yo'qolishi. Shular bilan birga Babinskiy, Rossolimo patologik reflekslari paydo bo'ladi. Xuruj davrida tana harorati ko'tarilishi mumkin.

Bemorlar qoni xuruj vaqtida tekshirilganda asosan eritrotsitlar miqdori kamligi va kam miqdorda ular tarkibida gemoglobinni kontsentratsiyasi ortishi kuzatiladi. Bu kasallikka chalingan bemorlarda qonning rang ko'rsatkichi 1,05 dan baland bo'lib, giperrxromdir. Qonda har xil shaklli va har xil razmerli (anizotsitoz, poykilotsitoz) eritrotsitlar paydo bo'ladi, leykopeniya neytropeniya bilan, eozinopeniya, monotsitopeniya, trombositopeniya kuzatilib, EChT oshadi. Retikulotsitlar soni davolanish boshlangandan so'ng oshib ketadi va bu eritropoezni kuchayganligidan dalolat beradi. Qon mazogida gemoglobinga boy eritrotsitlar ya'ni megalotsitlar, Jolli tanachalari va Kebot halqalarini mikroskop ostida ko'rish mumkin.

Davolash - Bu turdagi kamqonliklarni davolash juda qiyin bo'lgan va bemorlar o'lib ketganlar. Hozirgi kunlarda bu kasallikning etiologic omillari to'liq o'rganilganidan so'ng bemorlar hayotlari saqlanib qolina boshlandi.

1. Etiologic omillarini bartaraf etish.
2. Tarkibida vitamin B12 va folat kislotasiga boy bo'lgan oziq ovqat (jigar, go'sht va b.q) mahsulotlarini tavsiya etish.
3. Medikamentoz davolash (vitamin B12-250-500γ teri ostiga(1,0), folat kislotasi 0,1x1 mahal per os beriladi.). Davolashning 3-4 kunlaridan boshlab eritropoez kuchayib boradi va qonda retikulotsitlar soni ko'payganligidan bilish mumkin. Davolanishning samarasi yaxshi bo'lib kasallikning barcha simptomlari yo'qoladi. Funikulyar mielozda davolash kursi 2 oylarcha davom etishi mumkin. Ba'zanda gastromukoprotein vitamin B12 aralashmasi mukovit betish mumkin. Nevrologik simptomatika kuchli bo'lganda vitamin B1 berish maqsadga muvofiq bo'ladi. Sanatoriya va kurortlarda (Matsesta, Piyatigorsk) vanna bilan davolash yaxshi samara beradi.

Gemorragik sindrom (GS) –

Bu patologik qon ketishi bo'lib, u ichki va tashqi qon oqishlar natijasida yuzaga keladi va qon quyilib qolishi bilan kechadi.

Sabablari:

- 1 – trombotsitlar halqasidagi o'zgarishlar – trombotsitlar soni (Verlgof trombositopeniyasi), turli xildagi trombopatiyalar;
- 2 – qon ivish tizimidagi buzilishlar (gemofiliya);
- 3 – qon tomir devoir o'tkazuvchanligini buzilishi (Rondo-Osler irsiy teleangioektaziyasi, Sheylin-Genox gemorragik vaskuliti)

Laborotor tekshiruv

Hb miqdorini eritrotsitlar miqdoriga nisbatan pasayib ketishi natijasidagi anemiya (gipoxrom);

Anizotsitoz, poykilotsitoz, mikrotsitoz;

Regenerator yoki giperregenerator;

Zardobda temir miqdorini kamayib ketishi (norma 12 – 30 mmol/l);

Zardobning temir bog'lay olish qobiliyatini oshishi;

Qonda erkin transferring miqdorini oshishi;

Qon zardobida ferritin miqdorini kamayishi;

Gemolitik anemiyalar

Gemolitik hamqonlikning asosiy belgisi eritrotsitlarning yuqori darajada parchalanishi va ular yashash davrining qisqarishidir. Fiziologik sharoitlarda eritrotsitlarning yashash davri 100-120 kunni tashkil qiladi. Qarib borayotgan eritrotsillar taloq sinuslarida va ilikda sekvestratsiya (o'lik elga aylanish)ga uchraydi. Eritrotsitlarning fiziologik parchalanishi natijasida hosil bo'lgan bilirubin pigmenti qonda erkin bilirubin holatida aylanib Jigar hujayralariga yetkaziladi. U yerda fermentlar ta'sirida glyukuron kislota bilan birikadi. Hosil bo'lgan bilirubin-glyukuronid (bog'langan bilirubin) jigar hujayralaridan o't yo'llariga o'tadi va o't bilan ichakka ajralib chiqadi.

Gemolitik kamqonlikda eritrotsitlarning yemirilishi kuchayganligi tufayli ularning yashash davri 12-14 kungacha qisqaradi. Patologik gemolizda ko'proq yo hujayra ichi yoki tomir ichi gemolizi kuzatiladi. Hujayra ichi parchalanishi retikulogistiotsitar tizimning hujayralarida, asosan. taloqda ro'y beradi va qon zardobida erkin bilirubinning ortishi kuzatiladi. Bunda siydik va axlat bilan urobilinning ajralib chiqishi oshadi, o't pufagi va yo'llarida toshlar hosil bo'lishiga moyillik kuchayadi. Tomir ichi gemolizida gemoglobin ortiqcha miqdorda plazmaga chiqadi va siydik bilan o'zgarmagan holda yoki gemosiderin ko'rinishida ajraladi. Gemosiderin ichki a'zolariga o'tirib qolib, gemosideroz rivojlanishi mumkin.

Gemolitik anemiyalar tug'ma va orttirilgan bo'ladi. Ortirilgan anemiya turli toksik moddalar, dori-darmonlar va h.k.lar ta'sirida gemolizning kuchayishidan kelib chiqishi mumkin. Ayrim toksinlar eritrotsitlarga bevosita ta'sir qilib, ularni gemolizga uchratadi, boshqalari (masalan, turli dori-darmonlar, viruslar) eritrotsitlarning yuzasiga joylashib olib, ularning tabiiy va fizik-kimyoviy xususiyatlarini o'zgartirib antigenga aylantirishi mumkin hamda ularga qarshi antitanalar hosil bo'ladi va autoimmun anemiyaga olib keladi. Odam organizmiga (retsipientga) qon guruhi to'g'ri mos kelmagan boshqa odam (donor)ning qoni quyilganda ham gemolitik anemiya rivojlanadi. Bunday anemiya izoimmun anemiyalar turiga kiradi.

Tug'ma gemolitik anemiyaga misol qilib, chaqaloqlarning gemolitik kasalligini keltirish mumkin. Kasallik ona bilan bola qonida rezus omillar (masalan, ona qonida rezus-manfiy, bola qonida esa rezus-musbat) bo'la turib, turli sabablarga ko'ra (masalan, tug'ilish vaqtida) bolaning qoni ona qoniga o'tib ketsa, ona organizmida bolaning eritrotsitlariga qarshi antitanalar ishlanib chiqib, ular keyin bola qoniga o'tib eritrotsitlarini gemolizga uchratadi va anemiyaga olib keladi.

Gemolitik anemiyalar orasida irsiy turlari ham bo'lib, ular turli sabablarga ko'ra eritrotsitlarning har xil sharoitlarga chidamligining pasayganligi bilan bog'liqdir. Shunday qilib, eritrotsitlar gemolizining sababiga ko'ra gemolitik anemiyaning 3 xil turini farklash mumkin:

1. Parchalanish — gemolizning sababi eritrotsitlarning o'zida bo'lgan anemiyalar
2. Parchalanishga turli zaharli moddalar sabab bo'ladigan (gemotoksik) anemiyalar
3. Parchalanish sababi antitanalar bilan bog'liq (autoimmun, immunogemolitik) anemiyalar.

Gemolitik anemiyaning bir turida eritrotsitlarning gemolizi hujayra (makrofaglar) ichida bo'lsa, boshqa turida gemoliz qonning o'zida ham yuzaga kelishi mumkin, bunday hollarda gemoglobinuriya kuzatiladi.

Irsiy gemolitik anemiya

Klassifikatsiyasi. Ular 3 turga bo'linadi:

1. Membranopatiya (eritrotsit membranasining biror bir irsiy nuqsonga ko'ra takomillashmasligi, mustahkam bo'lmasligi, ya'ni biologik, fizik-kimyoviy xususiyatlarining etishmovchiligidan) bu eritrotsit membranasida oqsilning irsiy nuqsoni (deffekt) tufayli kelib chiquvchi anemiyadir. Bu kasallikda eritrotsit membranasida kaliy va natriy nasos buziladi va natijada hujayra ichiga kaliy o'rnini natriy egallaydi, shining uchun hujayra ichida suv to'planadi. Eritrotsit shishadi va natijada ular parchalanadi.

2. Enzimopatiya (eritrotsit tarkibidagi uning hayot faoliyatini belgilovchi fermentlarning yo'qligi yoki nafaolligi) tufayli kelib chiquvchi anemiyalar (glutation reduktaza, glutation peroksidaza, glyukoza-6-fosfatdehidrogenaza va b.q.).

3. Gemoglobinopatiya (gemoglobinozlar) — eritrotsit tarkibidagi gemoglobin sintezining yoki uning tuzilishidagi nuqsonga ko'ra, fizik-kimyoviy xususiyatlarining buzilishi tufayli yuzaga keluvchi anemiyadir. Gemoglobinning α aminokislotalar zanjirida sintez jarayonida biror bir nuqson bo'lsa α talassemiya va agar β aminokislotalar zanjirida sintez jarayonida biror bir nuqson bo'lsa β talassemiya deb yuritiladi.

Irsiy anemiyalar rivojlanish sababi va mexanizmlariga ko'ra gemolitik anemiyalar guruhiga kiritiladi, ammo ular asosan eritropoezning va gemoglobin sintezining buzilishi zaminida vujudga keladi.

Irsiy anemiyalarda gemoliz bevosita qonda yoki hujayralar (makrofag)da yuz beradi. Bilamizki, eritrotsitlarning ikki tomonlama botiq bo'lishi, elastikligi, shaklini o'zgartirishi va tuzilishini saqlashi avvalo uning tsitoskeletining tuzilishiga bog'liqdir. Tsitoskelet tuzilishini turg'un holda saqlovchi omil spektrin deb ataladi. Tsitoskeletning asosiy roli eritrotsitning o'z shaklini o'zgartira olish qobiliyatini ta'minlab asli tuzilishini saqlab qolishdadir.

Disksimon eritrotsitlar taloqda uning sinuslaridan o'tadi. Agar eritrotsitlar disksimon shaklda bo'la turib uni o'zgartira olish qobiliyati («cho'zilish») saqlansa, unda ular taloq sinus devori orasidan osonlik bilan o'tadi. Shaklini o'zgartira olish qobiliyatini yo'qotgan eritrotsitlar esa sinus devoridan o'ta olmay qolsa, qizil pulpaning trabekulalari yaqinida uzunasiga joylashgan fagotsitlar (makrofaglar) ularni qamrab olib yemiradi va gemolizga uchratadi. Eritrotsitlarning odatdagi 100—120 kunlik haoti davomida asta-sekin ularning elastikligi kamaya boradi va ular o'z shakllarini o'zgartira olish qobiliyatlarini yo'qotadi, sferik shaklga o'ta boshlaydi va natijada taloq sinuslaridan o'tishi qiyinlashadi, ko'proq fagotsitoz va gemolizga uchraydi.

Gemolitik anemiyalarda eritrotsitlar hayotining qisqarishi va natijada anemiyaning kelib chiqish mexanizmlari, avvalo ularning shaklini o'zgartirish qobiliyatlarini yo'qotishlariga bog'liqdir.

Irsiy gemolitik anemiyalarda, agar turli sabablarga ko'ra eritrotsitlar turg'unligini yo'qotgan bo'lsa, ular turli endogen va ekzogen omillar ta'sirida qonning o'zidayoq osongina gemolizga uchrashi mumkin.

Membranopatiya. Bu anemiya asosan eritrotsit membranasidagi oqsilning irsiy defekti tufayli kelib chiqadi. Ushbu anemiyada oqsilning irsiy defekti hamda ATF-aza, fosfolipidlar va xolesterinning etishmasligi tufayli eritrotsitlar membranasining o'tkazuvchanligi ortib, kaliy-natriy nasosi buziladi. Natijada hujayra ichida natriy va uning ortidan suv to'planadi, hujayra bo'kadi, shakli o'zgaradi (sferik shaklga o'tib qoladi). Bunday eritrotsitlar, ya'ni sferotsitlar o'z shakllarini o'zgartirish qobiliyatiga ega bo'lmaydi, taloqda sinuslardan o'tishi qiyinlashadi, va eritrotsitning bir qismi ajralib qoladi (mikrosferotsit) tiqilib o'tadi va nobud bo'ladi, oxirida taloq makrofaglari tomonidan gemolizga uchraydi, yutib yuboriladi — anemiya yuzaga keladi.

Membranopatiyada eritrotsitlarning yashash davrining qisqa bo'lishiga yana bir sabab ularning osmotik chidamliligi (rezistentligi) ning pasayishi tufayli gemoliz qonda ham yuz berishi mumkin. Membranopatiyaga Minkovskiy—Shoffar mikrosferotsitar anemiyasini misol qilish mumkin. Bu anemiyani birinchi bo'lib 1900 yilda Minkovskiy va keyinchalik Shoffar tomonidan yozilgan. Anemiyada qonning rang ko'rsatkichi deyarli o'zgarmaydi. Eritrotsitlar sferik shaklda bo'lib, o'rta qismi ham to'q bo'yaladi. Leykotsitlar va retikulotsitlar soni deyarli normada bo'lib, kasallik og'ir kechganda (masalan, gemoliz kuchaygan vaqtlarda) ular ko'payishi mumkin. Eritrotsitlarning taloqda doimiy gemolizi tufayli, pulpasiga giperplaziya bo'lib, organ kattalashadi, shu bilan birgalikda qonda erkin bilirubin miqdori ortib ketadi. Bilirubin ko'p miqdorda ichakda sterkobilin ko'rinishida tushib, axlat bilan va siydik bilan organizmdan chiqadi. Ko'p miqdorda o't suyuqligida bilirubin tushishi, o't suyuqligi xarakterini o'zgartiradi va o't toshlari hosil bo'lishiga olib keladi.

Klinikasi kasallik xuruj qilganda asosan bemorlarni holsizlik, bosh aylanish, tana haroratining ko'tarilishi bezovta qiladi. Kasallikning asosiy belgilarida biri teri va shilliq qavatlarning sarg'ayishi, uzoq cho'ziluvchan, qiyin davolanadigan yaralarning tizzada payda bo'lishidir. Bu jigarning bilirubinni qay darajada bog'lash xususiyatiga bog'liq bo'ladi. Axlatning rangi sterkobilin ko'pligi tufayli qoramtir-sarg'ish rangda bo'ladi. Bemorlarda rivojlanishni orqada qolishi va yuz skeleti tuzilishini buzulishi "minora bosh" ko'rinishida, tanglayni yuqori turishi, tishlarni rivojlanishi va joylashishini buzulishi, ko'z olmasini torayishi, egarsimon burun kabi o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorlarni palpatsiya qilganda taloqning va ba'zanda jigarning kattalashganini aniqlashimiz mumkin. Kasallik qonning to'xtovsiz gemolizi bilan birga kriz bilan kechadi.

Davosi asosan tez-tez kriz bilan kechuvchilarda operativ (splenektomiya) usul bo'lib, bemorlar 100% davolanadilar va uzoq muddat yashashi mumkin.

Enzimopatiya. Bu turdagi anemiya asosan ressesiv yo'l orqali avloddan avlodga beriladi. Mikrosferotsitar anemiyadan farqi eritrotsitning normal shakli va osmotik rezistentligi normal yoki yuqori bo'lgan eritrotsitlar paydo bo'ladi. Enzimopatiyaga eritrotsitlar membranasida glyukozo-6-fosfatdegidrogenaza, glyutation reduktaza, piruvatkinaza, glyutation peroxidaza fermentlari etishmasligiga bog'liq anemiyani misol qilib keltirish mumkin. Bu anemiyada NADF ning NADFH gacha qaytarilishi sekinlashib, oksidlangan glyutationdan, qaytarilgan (tiklangan) glutationning hosil bo'lishi buziladi. Natijada organizmda kechadigan biokimiyoviy jarayonlar borishi bilan birga va turli dorilar ta'sirida hosil bo'ladigan kislorodning faol shakllari (atomaar kislorod) va peroksid birikmalar eritrotsitlarning qobig'ini shikastlab ularni gemolizga uchratadi. Gemoliz asosan tomir ichida yuzaga keladi. Bu kasallikning ko'rinish alomatlari bezgak kasalligi tarqalgan mamlakatlarda, bezgakka qarshi beriladigan dorilar (primagin, xinin), sulfanilamid preparatlari, analgetiklar, vitamin K, PASK tasirida kuzatilgan va gemolitik krizga olib keladi va gemoliz kuchayadi hamda bir hafta o'tgandan so'ng dori qabul qiladimi yo'qmi gemoliz to'xtaydi.

Klinikasi. Og'ir holatlarda bemorlarda tana haroratining ko'tarilishi, holsizlik, orqada umurtqalar atrofida, qorinda og'riq, ko'p miqdorda qusish bilan birgalikda hansirash, yurak urishi bezovta qiladi. Ba'zan bemorlar hushdan ketadilar. Eritrotsitlarning (gemoglobinning) parchalangan qoldiqlari buyrak kanalchalarida tiqilib qoladi va buyrak etishmovchiligiga olib keladi. Bemorlarning terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlar sarg'ish rang tovlanib, siydigi rangi qoramtir rangda bo'lib, bu siydikda gemosiderin ajralishi bilan bog'liq. Palpatsiyada taloqning va ba'zanda jigarni kattalashganligini aniqlashimiz mumkin.

Davosi. Taloqni operatsiya usulida olib tashlash naf bermaydi, shu sababli bemorlarga bir xil gruppadagi qon quyish va ko'p miqdorda fiziologik eritma, 5% li glukoza eritmasi quyish ma'qul. Shok oldini olish maqsadida morfin, promedol, prednizolon qilish mumkin. Buyrak etishmovchiligi yuz berganda dori vositalari naf bermasa gemodializ qo'llaniladi. Anuriya va buyrak etishmovchiligi yuz berganda noxush kechishi mumkin.

Gemoglobinopatiya. O'roqsimon-(yarimoysimon) hujayrali anemiya. Bu anemiya gemoglobinning birlamchi tuzilishida defekt — nuqson borligi tufayli yuzaga keladi. Bemorning qonida HbF aniqlanadi (normada HbA), bunday gemoglobin molekulasidagi Hb ning β zanjirlaridan birida 6-gidrofil glutamin kislotasi

o'rnini valin egallaganligi tufayli gemoglobinning gipoksiyaga chidamligining susayishi anemiyaga sabab bo'ladi.

Bemorda, agar turli sabablarga ko'ra masalan, o'pka-yuak etishmovchiligi yoki balandlikka ko'tarilish (kasallikning ko'rinishi birinchi marta Afrikadan Amerika tomon parvoz qilgan samolyotda qora tanli yo'lovchilarda kuzatilgan) va h.k. tufayli gipoksiya ro'y bersa, gemoglobin kristall holatiga o'tib eritrotsitlarni o'roqsimon shaklga aylantiradi. Bunday eritrotsitlar birinchidan, taloq sinusidan o'ta olmay gemolizga uchraydi, ikkinchidan, qon tomirlarida agregatlar hosil qilib trombozga sabab bo'ladi va turli a'zo va to'qimalarga qonning kam borishiga va boshqa xavfli oqibatlariga sabab bo'ladi.

Bu tur anemiyada bemor qonida maxsus usul bilan tayyorlangan qon surtmasida o'roqsimon eritrotsitlarni kuzatish mumkin. Qonda qisman anizotsitoz, poykilotsitoz, retikulotsitoz kuzatilishi mumkin.

Talassemiya. Talassemiya gemoglobinning polipeptid zanjirlari sintezining buzilishiga bog'liq bo'lib, α zanjirining sintezi buzilganda α -talassemiya, β zanjirining sintezi buzilganda β -talassemiya yuzaga keladi. Talassemiya eritrotsitlar a'zolaridagi (taloq, jigar va b.) makrofaglarda gemolizga uchraydi. Gemolitik anemiyalarda ko'pincha qondagi eritrotsitlar bilan gemoglobin bir tarzda kamayadi, shuning uchun qonning rang ko'rsatkichi polixromatofill normoblastlar va sideroblastlar soni ko'payadi. Bo'yalgan qon surtmasida poykilotsitoz, gipoxromiya va nishonsimon eritrotsitlarni ko'rish mumkin. Eritrotsitlarning diametri odatdagidan kichik, retikulotsitlar soni ko'payib, qonda normoblastlar ham uchrashi mumkin. Leykotsitlar soni me'yoridan biroz ko'proq bo'ladi.

Klinik kechishiga ko'ra talassemiyaning «kichik» va «katta» deb atalgan turlari bo'lib, «kichigi» geterozigotlarda uchraydi va uning engil turi hisoblanadi. «Kattasi» og'ir turi gomozigotlarda uchraydi va bolalik davridanoq o'zini namoyon qiladi. Gomozigot β talassemiya (Kuli anemiyasi) chaqaloqlarda, tug'ilgandan 7 oy o'tgach klinik belgilari namoyon bo'la boshlaydi, bu HbF ning HbA ga almashinuv davriga to'g'ri keladi.

Klinikasi. Bunday bolalarda holsizlik, lanjlik, rangparlik, ko'zi oqi va shilliq pardalarda mo'tadil sariqlik kuzatiladi, shular bilan birga gepatosplenomegaliya va qorinning kattalashuvi namoyon bo'ladi. Bunday bolalarda bosh suyagining rivojlanishini buzilishi, uning minorsimon shaklga va yuzining mo'g'ilsimon qiyofaga kirishiga olib keladi.

Rentgenologik tekshiruv suyaklarla asosan osteoparoz, naysimon suyaklarni ingichkalashishi, bosh suyagida cho'tkasimon (tipratikan ignachalari) kabi o'zgarishlar kuzatiladi.

Laborator tekshiruvda bemorlar qonida nishon (mishen) li eritrotsitlar, anizotsitoz, paykilotsitoz, ko'pgina eritro va normablastlar hamda retikulotsitoz bo'ladi. Boshqa turdagi gemolitik kamqonliklardan farqli, Kuli kamqonligida eritrotsitlarning osmotik chidamliligi oshadi.

Gomozigot β -talassemiya bilan kasallangan bemorlarda HbF 90% gacha oshgan, HbA1 sintezi kamaygan bo'lib va HbA2 kamayishi mumkin yoki meyorda bo'lib, oshishi ham mumkin.

Oilaviy- irsiy (shajaraviy) tahlil Kuli kamqonligi bo'yicha proband β talassemiya genlarini bir vaqtda ota va onasidan olganligini bildiradi.

Davolaash irsiy gemolitik kamqonliklar jarrohlik va konservativ olib boriladi. Jarrohlik usulda asosan irsiv mikrosferotsitozda taloq olib tashlanishi yaxshi natija beradi. Bolalarda asosan 5 yoshdan keyin olib tashlanadi va shunday kamqonlik homilador ayollarda homilaning 4-5 oyligida taloq olinishi, 7 oyligidan so'ng bola keserev kesish orqali bola olinib va splenektomiya tavsiya etiladi. Irsiy gemolitik kamqonliklarda qon quyish individual hal etiladi va og'ir darajali bemorlarda 125.250 hatto 1000L va undan ko'proq ham eritrotsit massasi quyiladi. Gemopoezni yaxshilash uchun temir preparatlari (Tardiferon, Ferropleks, Ferrum lek, Jektofer, Ferbitol, Totema), Vit B12 va folat kislotasi berish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Ortirilgan gemolitik anemiya

Klassifikatsiyasi:

1. Antitana ta'siri natijasida yuzaga kelgan gemolitik anemiya (GA) (izoimmun, autoimmune, transimmun, geteroimmun).
2. Somatic mutatsiya natijasida eritrotsitlar membranasi o'zgarishi bilan kechadigan GA (Markiafav-Mikel kasalligi).
3. Eritrotsitlar membranasi mexanik shikastlanishi natijasida yuzaga keladigan GA (yurak klapanlari protezi, uzoq masofada yuguruvchilarda).
4. Eritrotsitlar membranasi kimyoviy shikastlanishi natijasida yuzaga keladigan GA (qonni parchalovchi zaharli toksinlar, qo'rg'oshin, og'ir metallar, organik kislotalar, ilon chaqishi va b.q.).
5. Vitamin E etishmovchiligi tufayli kelib chiqqan GA.
6. Parazitlar ta'siri natijasida kelib chiqqan GA (malariya qo'zgatuvchisi).
7. Evans sindromida ortirilgan autoimmun gemolitik anemiya bilan qo'shib, autoimmun trombositopeniya kelishi.
Klinik: sarg'ayma, qonquyilish, siydik bilan gemosiderin chiqishi (ekskretsiyasi) • sindrom Evansa Fishera.

Orttirilgan gemolitik anemiyalar 2 turga bo'linib, infeksiyon va noinfeksiyon ko'rinishlari mavjud. Orttirilgan gemolitik anemiyalar orasida autoimmun GA ko'proq uchraydi, buning asosiy sababi bemor organizmida o'zini eritrotsitlariga qarshi antitana hosil bo'lib, eritrotsitlar aglyutinatsiyasiga sabab bo'ladi va ular retikulistotsitar hujayrada parchalanib yuboriladi.

Autoimmun GA lar simptomatik va idiopatik bo'ladi. Simptomatik autoimmun GA har xil kasalliklar tufayli yuzaga keladi. Bu kasalliklarga surunkali limfoleikoz, limfogranulematoz, sistemali qizil bo'richa, revmatoidli artrit, surunkali gepatit, jigar tsirrozi, o'tkir leykozlar va h.k. Qachonki, antitanalar hosil bo'lishi sababi aniqlanmasa, yoki biron bir patologik jarayon bilan bog'liq bo'lmasa, idiopatik autoimmune GA kasallik hisoblanadi va bu autoimmune kasalliklarining 50% ni tashkil qiladi. Antitanalarning hosil bo'lishi immune kompetent hujayralar tizimi buzilishi natijasida yuzaga keladi, shuning uchun eritrotsitlar antigen sifatida organizm tomonidan qabul qilinib, ularga qarshi antitana ishlab chiqariladi. Ushbu antitana eritrotsitlarga yopishadi va ular retikulistotsitar tizimga ushlanib, parchalanib yuboriladi. Eritrotsitlarning gemolizi asosan taloqda, jigarda, suyak ko'migida bo'ladi.

Klinikasi: Klinik kechishiga ko'ra o'tkir va surunkali autoimmune GA farqlanadi. O'tkir shaklida kasallik kutimaganda holsizlik, yurak urishi, hirsutizm, tana harorati ko'tarilishi, teri va shilliq qavatlarining sarg'ayishi bilan boshlanadi. Surunkali shaklida kasallik asta-sekin boshlanib, bemorlarning holatida kamroq o'zgarish kuzatiladi. Bemorlar garchi shikoyat qilmasada, palpatsiyada ularning talog'i va ba'zan jigari kattalashganligini aniqlash mumkin. Kasallik gemolitik kriz bilan kechadi va bu infeksiya hamda sovuq ta'sirida yuzaga keladi. Kasallikning o'tkir shaklida lekotsitoz leykotsitar formulaning chapga siljishi bilan miyelotsitlargacha. Surunkali shaklida garchi leykotsitlar soni normada bo'lsa ham ECHT yuqori bo'ladi. Suyak ko'migida giperplaziya kuzatiladi. Qonda bog'lanmagan bilirubin miqdori oshadi, najas bilan sterkobilin ajralishi ko'payadi.

Davolash: Autoimmun GA larni davolashda asosiy o'rin garmonoterapiya egallaydi va doimiy yoki vaqtinchalik gemolizni oldini oladi, buning uchun dozasi va etarlicha muddat tavsiya etiladi. Prednizolon (glikokortikoidlar) 60-80 mg/sut (deyarli 1 mg/kg tana vazniga) davo maqsadida va saqlanib turuvchi doza 5-10 mg/sut, davo kursi 2-3 oy davom ettiriladi.

Immunodepressantlar ham ba'zan yaxshi samara beradi, 6-merkaptopurin, azatiopirin (100-150 mg/sut), xlorambutsil (10-15 mg), shular bilan birga bezgakga qarshi dori vositalar ham samaralidir (delagil, rezoxin). Agarda xuruj bilan kechadigan shakllarda glikokortikoidlar va immunodepressantlar samarasiz bo'lganda jarrohlik usulda splenektomiya qilinadi. Gemotransfuziya hayotiy ko'rsatmaga asosan qilinadi (gemoglobinni tushib ketishi, sopor, koma holatida). Qon ishlab chiqarishni (eritropoezni) yaxshilovchi dori vositalar tavsiya etiladi (temir preparatlari, Vit. B12 va folat kislotalari).

Paroksizmal kechqurungi gemoglobinuriya va doimiy gemosiderinuriya bilan kechadigan GA (Markiafav – Mikel kasalligi).

Birinchi bo'lib Markiafav – Mikel (1928 y) tomonidan bir vaqtda aniqlangan kasallik bo'lib, ortirilgan GA turiga kiradi va doimiy tomir ichigagi gemoliz bilan kechib, siydik orqali gemosiderin ajralib chiqadi. Har 1:500000 aholiga uchraydi, bolalar va kattalar (30-40 yoshda) kasallanadilar.

Etiologiyasi – kasallik eritroid hujayralarning mutatsiyasi tufayli yuzaga keladi va bu tufayli eritrotsitlarni patologik klon turi ishlab chiqarila boshlaydi. Bu eritrotsitlar gemolitik ta'sirga ega bo'lgan moddalarga sezgir bo'lib, ular ta'sirida tez parchalanadi. Atsidoz, thrombin, complement va properdin ta'sirida gemoliz kuchayadi.

Klinikasi. Bemorlar asosan holsizlikka, bosh aylanishiga, tez charchashga, hansirashga, yurak urishiga shikoyat qiladilar. Kriz vaqtida qorinda og'riq bo'lishi xarakterli, bu mezenterial tomirlarni trombozi bilan bog'liqdir. Ba'zanda periferik tomirlarda ham tromboz kuzatiladi (qo'l, oyoq, miya, taloq, buyrak). Kriz vaqtida tana harorati ham ko'tarilishi mumkin. Siydikning rangi tarkibida gemosiderin va gemoglobin borligi tufayli to'q rangli bo'ladi. Gemoglobinuriya ba'zanda kechqurunga yuzaga keladi shu tufayli kechqurungi paroksizmal gemoglobinuriya deyiladi. Bu kechqurunda atsidoz va properdinni faollashuvi bilan bog'liqdir. Bu kasallik uchun eng xarakterlisin hemoglobinuriyadir.

Kechqurungi paroksizmal gemoglobinuriya diagnostikasida asos bo'ladigan omillar quyidagilardir:

1. Retikulotsitoz va gipoxromiya.
2. Neytropeniya va trombositopeniya
3. Qon plazmasida bog'lanmagan bilirubin miqdori oshishi va gemoglobinuriya, gemosiderinuriya mavjudligi.
4. Xem (kislotali) va saxaroz usuli musbatligi.
5. Kumbs usuli manfiyligi.

Asosiy zomonaviy tashxis usullari bu eritrotsit va trombositlarda CD55 va CD59 ekspressiyasining tsitoflyuorimetriyasi usulida aniqlanganda bo'lmasligidir.

Davosi : bemorlarga toza tayyorlangan va natriy xlorini fiziologik eritmasiga yuvilgan eritrotsitar massa 4-5 kunda bir quyish yaxshi samara beradi. Trombozlar oldini olish uchun antikoagulyantlar qilinadi (geparin, varfarin), loimiy infuzomatdan foydalanib 500-1500 birlik/soat yoki kaltsiy nadroparini (0,6-0,9ml/sut) 1-2 marta sutkada buyuriladi. Folik kislotasi 4-6 mg/sut, Vit E 4 XB (ME)/sut beriladi. Gemolitik kriz vaqtida kaltsiy nadroparini (0,3-0,6ml/sut) teri ostiga hamda bemorlarga gemolizni kamaytirish uchun zardobni almashtiruvchi eritmalar (dekstran, poliglyukin, infezol, amminossol va h.k.) quyiladi. Temir preparatlari va glyukokortikoidlar Markiafav – Mikel kasalligiga qarshi ko'rsatmadir.

Toksik gemolitik anemiya

Toksik gemolitik anemiya — anemiyalarning bir turi bo'lib, har xil gemolitik toksik moddalar (masalan, fenilgidrazin, arsinilgidrazin, qo'rg'oshin tuzlari, saponin, kollargol va b.) ta'sirida yuzaga keladi. Bunday gemolitik toksik moddalar eritrotsitlarni ham periferik qonda, ham qon yaratuvchi to'qimalarda gemolizga uchratib, tez orada og'ir anemiyaga olib keladi. Masalan, quyon organizmiga fenilgidrazin yuborilsa, 24 soat o'tar-o'tmas qonda eritrotsitlar soni va gemoglobin miqdorining keskin kamayib ketishi, eritrotsitlarning patologik shakllarining paydo bo'lishi kuzatiladi.

Toksik gemolitik anemiyaning o'ziga xos xususiyatlaridan biri shundaki, eritrotsitlarning gemolizga uchrashlaridan tashqari, toksinlar ta'sirida gemopoetik (qon yaratuvchi) to'qimalar shikastlanib, ayniqsa og'ir hollarda megaloblastik turdagi eritropoez yuzaga kelishi ham mumkin. Bunday hollarda qonda makrotsitlar, megalotsitlar va hatto megaloblastlar ham uchraydi, qonning rang ko'rsatkichi yuqori bo'ladi.

Ilgari anemiyalarni yuqorida keltirilgan turlari bilan bir qatorda qon ko'rinishi bo'yicha, ya'ni qonda eritrotsitlarning patologik shakllariga qarab, regenerativ, degenerativ, degenerativ-regenerativ ko'rinishli anemiyalarga bo'lish qabul etilgan. Shunga ko'ra toksik gemolitik anemiyada qonning kartinasida eritrotsitlarning ham degenerativ, ham regenerativ shakllarini ko'rish mumkin. Ya'ni, retikulotsitlar, polixromatofiliya, normoblastlar bilan bir qatorda anizotsitoz, poykilotsitoz va megalotsitlar hamda megaloblastlarni uchratish mumkin.

Agar qonda eritrotsitlarning regenerativ shakllari ko'p bo'lsa, qonning rang ko'rsatkichi kamayadi, agar qon kartinasida degeneratsiya elementlari ko'p bo'lsa, aksincha.

Shunday qilib, toksik gemolitik anemiya patogenezi gemoglobinning hamda eritropoezning buzilishi bilan bog'liq va ko'rinishi bo'yicha murakkab anemiya hisoblanadi.

Aplastik anemiya

Aplastik yoki gipoplastik anemiyada qon yaratuvchi to'qimalarda (suyak ko'migi) bo'linuvchi hujayralar faoliyatining pasayishi, pantsitopeniya, ya'ni qon hujairalarining hamma turlarining kamayishi kuzatiladi. Bu kasallikning asosida hujayralar proliferatsiyasi va differentsiatsiyasini buzilishi yotadi. Aplastik anemiyada qon ishlab chiqarilishi chuqurroq buziladi, gipoplastik anemiyaga qaraganda.

Etiologiyasi. Anemiyaning sabablari har xil bo'lishi mumkin, jumladan benzol, CCl_4 , trinitrotoluol, sulfanilamidlar, levomitsetin, butadion, tsitostatik preparatlar (antimetabolitlar, o'smalarga qarshi antibiotiklar) ionlovchi radiatsiya, suyak ko'migiga qarshi antitana, virusli infektsiyalar, irsiy omillar va h.k. yuqoridagi omillar hujayra xromosomalariga ta'sir qilib DNK sintezini buzadi. Bu anemiya asosida quyidagi mexanizmlar yotishi mumkin:

1. Ionlovchi radiatsiya.

2. Ximik moddalar:

a) benzol, trinitrotoluol, tetraetilsvinets, insektitsidlar

b) Dori moddalarining bo'linayotgan hujayralarda modda almashinuviga ta'sir qilib ularning ko'payishini tormozlashi (tsitostatik preparatlar, o'sмага qarshi antibiotiklar).

v) Sulfanilamidlar, metiltiouratsil, piramidon, levomitsetin va b.q. Bo'linuvchi hujayralarda dorilarning ta'sirini kamaytiruvchi fermentlarda nuqson borligi tufayli.

3. Suyak ko'migi hujayralariga qarshi antitana. Qon yaratuvchi to'qimalardagi o'sayotgan yosh hujayralarga qarshi ta'sir ko'rsatuvchi, ularga nisbatan immunologik jaryonni amalga oshiruvchi antitanalar hosil bo'lishi natijasida.

4. Anemiyaning irsiy shakllari ham mavjud. Ularning asosiy sabablaridan biri uzak hujayralar sonining to'qima nuqsoni tufayli kamligidir.

5. Virusli infektsiya (virusli gepatit).

Gipoplastik anemiyada eritrotsitlar soni va gemoglobin, trombotsitlar, granulotsitlar miqdori juda kam bo'ladi, ammo rang ko'rsatkichi o'zgarmasligi mumkin.

Klinika. Bemorlarni asosan holsizlik, tez charchash, hansirash, yurak urishi bezovta qilib, o'tkir va o'tkir osti kechishida burundan, milklardan qon ketishi, ayollarda hayz tsiklini uzayishi va kopayishi, tana harorati oshishi bezovta qiladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda terilari rangpar, limon rangiga tovlanadi va sariq rang tus oladi. Aplastik yoki gipoplastik anemiyada gemoragik sindromlar rivojlanadi-petexiyalar, ekximozlar, teri osti qon quyilishlari va gematomalar asosan in'ektsiya joylarida paydo bo'ladi. Shuning uchun bu bemorlarda jgut simptomi musbat bo'ladi. Bemorlarda ba'zan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarida, ko'zning to'r pardasida, ba'zan miyada qon quyilishi mumkin. Qon bosimi pasayadi. Auskultatsiyada hamma nuqtada sistolik shovqin eshutiladi va bu shovqinlar katta qon tomirlariga beriladi.

Laborator o'zgarishlar. Qon surtmalarida esa normotsitoz, normaxromiya kuzatiladi. Kasallik leykopeniya bilan kechadi va organizmning o'zini turli biologik omillardan himoya qilish qobiliyati pasayadi. Bu anemiyaning o'ziga xos ko'rinishlaridan biri trombotsitlar sonining kam bo'lishi va shu tufayli qon ivishining buzilishi, qon ketishidir. Suyak ko'migi punktsiya qilinganida yadro saqllovchi hujayralarni kamayishi, eritroid, myeloid, megakariotsitar hujayra rivojlanishini tormozlanishi kuzatiladi. Bu tur anemiyada suyak ko'migi butunlay yog' hujayralar bilan almashadi.

Davolash. Qon quyiladi.

Anabolik garmonlar (eritropoez kuchayadi).

Glyukokortikoid garmonlar.

Splenektomiya.

Gemostatik terapiya.

Vitaminlar.

Antibiotiklar.

Prognoz. Bemorlarni yaxshilab davolasa suyak ko'migi transplatatsiya qilinsa biroz hayotini cho'zish mumkin.

O'roqsimon hujayrali anemiya

Ushbu kasallikka to'xtalishdan oldin Hb ni tuzilishiga to'xtalib o'tamiz. Gemoglobin –eritrotsit tarkibidagi oqsil, nafas olishda ishtirok etadi va gem (3,8%) hamda globin (96,2%) dan tashkil topgan bo'lib kislorod transportirovkasida oxigemoglobin (HbO2) shaklida ishtirok etadi. Gemoglobin qon bilan o'pkada kelgandan so'ng karbonad angidridni (HbCO2) o'rniga kislorodni biriktirib (HbO2) oladi va to'qimalarga

tashiydi. Hb ni 5 xil turi mavjud; odatdagi (meyordagi) Hb, embrional Hb, fetal HbF bolalarda homiladorlik davrida sintezlanadi va bola tug'ilgandan so'ng kamayib ketadi (<0,5% bolalar va kattalarda) va gemoglobinopatiyalarda, gipoplastik hamda pernitsioz anemiyalarda ko'payadi, 2 ta definitive tipi (HbA, HbA₂). Hb tetramer bo'lib, 2 ta α -globin zanjiri 141 aminokislotadan tashkil topgan va 2 ta boshqa turdagi β -globin zanjiri 146 aminokislotadan tashkil topgan (Hb Gower-1 2S -va E-zanjir saqlaydi, embrional Hb ni asosiy komponenti va homilada suv ko'payishida (vodyankasida) kamayib ketadi, homilani 3 chi oyida HbF ga almashinadi). α

O'roqsimon hujayrali anemiya asosan kislorodni portsiyal bosimi past bo'lgan hududlarda ko'proq uchraydi (qirlarda, tog' yon bag'irlarida yashovchilarda). HbS (* 141900-0038) – animal Hb bunda β zanjirning 6-holatida lizin ba'zanda valin aminokislotasi glutamin aminokislotasiga almashinadi va HbS (* 141900) sintezlanadi. HbS polimerlanish xususiyatiga ega bo'ladi, chunki ushbu Hb da taktoid iplar paydo bo'lib, eritrotsit membranasini tortadi. Bu o'zgarish eritrotsitlar membranasini o'zgartiradi, tortadi natijada o'roqsimon hujayrali eritrotsitlar shakllanadi. Bu eritrotsitlarni funktsional va elastik imkoniyatlarini cheklab qo'yadi. Bu turdagi eritrotsitlar umri qisqa bo'ladi, taloqda ushlanib qolinib parchalanadi. Ba'zan kichik holatlarda kapilyarlarda tiqilib qolib trombozlarga, nekrozlarga olib keladi, adabiyotlarda yozilishicha o'pka, jigar va boshqa a'zolar kapilyarlariga tiqilib qolib bu organlarda tromboz, abtseslarga olib kelgan halatlar ham mavjud. Anamal Hb larda (HbM * 142300 va b.q.) 1 ta aminokislotani almashinishi metgemoglobinreduktaza meyorda bo'lsa ham, metgemoglobin hosil bo'lishiga olib keladi.

α –talasemiya. Gemoglobin sintezi vaqtida α -zanjir uchun javobgar xromasoma mutatsiyaga uchraydi va va Hb ning α -zanjiri sintezi buziladi. Bunda bolalarda Bart Hb va kattalarda HbH sintezlanadi. Bunday gemoglobin saqlovchi eritrotsitlar tez oksidlanadi, elastikligi yo'qoladi, umri qisqa bo'ladi va ular taloqda parchalanib yuboriladi.

β – talasemiya. Hb tarkibidagi globinning β -zanjirida ortiqcha HbA₂ va HbF (Fetal) sintezlanadi va α -zanjiri sintezi vujudga keladi. Bunday eritrotsitlar membranasida kaltsiyga o'tkazuvchanlik oshadi, natijada eritrotsitlarni elastikligi yo'qoladi va fermentlarga sezuvchan bo'lib tez parchalanadi.

Qon oqishi tufayli kelib chiqadigan kamqonlik

Qon oqqandan keyin kelib chiqadigan kamqonlikning klinik manzarasi va o'tishiga qarab, uni ikki turga ajratish kerak:

- 1) birdan (o'tkir) qon yo'qotish natijasida paydo bo'ladigan kam qonlik
- 2) takrorky (surunkali) qon yo'qotish natijasida paydo bo'ladigan kam qonlik.

O'tkir postgemorragik anemiya

O'tkir postgemorragik anemiya turli sabablarga ko'ra yuzaga keladi. Bular quyidagilardir: travmalar, shikastlanishlar, operatsiyalar, tomirlarning kesilishi, homiladorlikdagi (tug'ruqdan keying yo'ldosh ko'chmasligi) patologik holatlarda, bachadon nayida homila rivojlanishida va h.k. bir yo'la ko'p qon yo'qotish oqibatida ro'y beradi, terapevtik amaliyotda meda va ishak yaralaridan qon ketishda, meda, ichaklar o'pka, buyrak va boshqa a'zolar o'smalarini parchalanish bosqichida, bronxoektazda, gemoraagik diatezda, jigar tsirrozidan keyingi qizilo'ngach venalari yoki yo'g'on ichak venalari kengayishi natijasida tez va ko'p miqdorda qon ketishi, gemofiliya va h.k. kasalliklardan keyin yuzaga keladi.

Ko'p qon yo'qotilgandan so'ng patologoanatomik jihatdan dastlabki kunlarda ko'mik ishi susayishi sababli odatda uning aktivligi kuchayib ketadi. Surunkali anemiyalarda suyak ko'mik oldiniga kattalashib ketadi; uning sariq joylarida qizil o'choglar yuzaga keladi. Anemnyaning bir muncha og'irroq hollarida jigar, taloq va limfa tugunlarida qo'shimcha qon yaratish o'choqlari paydo bo'ladi, keyinchalik atrofiyaga uchrab, yog' bosadi, boshqa organlardagi keloid ochaglar yo'qolib ketadi.

Klinikasi o'tkir qon yo'qotilgandan so'ng bemorlarda holsizlik, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, ko'ngil aynishi, qusish, qulog'ida shovqin, yurak urishi, ko'z oldida chumoli uchib yurishi hisi bezovta qiladi. Bemorlar ichki a'zolaridan qon ketganida qon qusish (qizilo'gachdan ketsa toza qon va medadan ketsa kofesimon qusuq massasi), najas bilan qon ketishi (melen, qoramtir meda va ingichka ichakdan va toza yoki ivigan qon yo'g'on ichakdan qon ketganda) kabi o'zgarishlar vujudga keladi. Ba'zanda ichki a'zolaridan qon ketishini aniqlash qiyin bo'ladi, qachonki bo'shliqlarda qon ketsa. Bularga bo'shliqlarga qon ketishini misol bo'la oladi, plevra bo'shlig'i (gemotorax), ichki a'zolar travmasida qorin bo'shlig'ida, (jigar, taloq yorilishi tufayli) qon ketsa va h.k.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri va ko'rnib turgan shilliq qavatlar rangpar, teisi sovuq ter bilan qoplangan, nafas olishi tezlashgan, yuzaki, puls tezlashgan, ipsimon, yumshoq, qon bosimi ham sistolik ham diastolik bosim tushadi.

Auskultatsiya. Yurak auskultatsiya qilinganda tonlar tezlashgan, funktsional shovqin va I tonni kuchayganligini eshitishimiz mumkin. Qon tomirlari auskultatsiya qilinganda asosan bo'yin venalarini qonning reologik xususiyatlari pasayganligi tufayli qon oqimi tezlashadi, shu tufayli "Bo'richa" shovqini eshitiladi, asosan o'ng tomonda va bu shovqin bo'yinni teskari tomonga burganda kuchayadi.

Qon yo'qotilgandan so'ng 24—48 soat davomida gemogrammada deyarli ko'zga tashlanuvchi o'zgarishlar kuzatilmaydi. Bunda qonning faqat umumiy hajmi kamayib, uning o'lchov birligida eritrotsitlar soni, gemoglobin miqdori, rang ko'rsatkichi va gematokrit ko'rsatkichi normada bo'lishi mumkin. Mikroskop bilan qon surtmasi tekshirilganda normotsitoz, normoxromiya kuzatiladi. Keyinchalik (1—2 kun o'tgach) yo'qotilgan qon hajmi o'rni to'qimalardan o'tuvchi suyuqlik hisobiga to'ldirilib, qon suyuladi, uning o'lchov birligida eritrotsitlar va gemoglobin miqdori kamayadi, lekin qonning rang ko'rsatkichi o'zgarmaydi. 3—4 kundan so'ng qonda retikulotsitlar soni orta borib, ularning ko'payish cho'qqisi haftaning oxirgi kunlariga to'g'ri keladi va bunda yadroli eritrotsitlar ham paydo bo'lishi mumkin. Endi yosh eritrotsitlar hisobiga qonning rang ko'rsatkichi biroz kamayadi. Suyak ko'migi qiltomirlarga nihoyatda boy to'qima bo'lib, ular sfinkterlar bilan ta'minlangandir. Eritropoez ma'lum muddatda davom etib, eritrotsitlar voyaga etguncha qiltomirlar sfinkteri berk bo'ladi. Eritrotsitlar etilgan vaqtda sfinkterlar bo'shashib hujayralar umumiy qon oqimiga o'tadi. Regeneratsiya kuchayganda ko'miqda doimo yosh hujayralar bo'lgani tufayli qiltomir sfinkterining bo'shashishi hujayralarning ham etilmagan davriga to'g'ri kelib, hujayralar qonga o'tadi. Demak, o'tkir postgemorragik anemiya giperregenerator anemiya hisoblanadi. Bunda eritropoez bilan birga leykopoez ham kuchayadi (neytrofiliya). Trombopoez ham kuchayishi mumkin.

Bu turdagi anemiyada tez va sekin kompensator mexanizmlar ishga tushadi. Bular quyidagilardir; - birinchi kunlari

Yurak faoliyatini tezlashishi;

Nafas olishni tezlashishi;

Qon tomirlarni torayishi;

Depoga to'xtagan qonning qon tomiriga otib ishga tushishi;

To'qima oralig'i suyuqligining qon tomiriga o'tishi;

- 3-4 kun o'tgandan so'ng;

Qon ivishini kuchayishi;

Suyak ko'migida qon ishlab chiqarilishini (eritropoezni) kuchaayishi kuzatiladi.

Davolash asosan qon ketishini birinchi navbatda bartaraf etish kerak bo'ladi, buning uchun qetayotga joylarga tamponada qilinadi va jgut bog'lanadi, ichki a'zoldan to'xtovsiz qon ketayotgan bo'lsa operatsiya yo'li bilan qon ketishini to'xtatish. Qon ketishi hayotiga xavf tug'diradigan bo'lsa, hushdan ketish va shok oldini olish maqsadida qon va ularni almashtiruvchi preparatlar quyiladi. Bemorlarga qon ishlab chiqarilishini yaxshilash maqsadida temir preparatlari (Tardiferon, Ferropleks, Ferrum lek, Jektofer, Ferbitol, Totema) va Vit B12, folat kislotasi hamda shu preparatlarga boy bo'lgan oziq ovqat maxsulotlari tavsiya etiladi.

Surunkali posgemorragik anemiya

Surunkali postgemorragik anemiya turli surunkali (masalan, me'dava12 barmoq ichak yaralari, bavoil, ayollarda qon ketish bilan kechadigan kasalliklar, gemofiliya, meda, ichaklar o'pka, buyrak va boshqa a'zolar o'smalarini parchalanisn bosqichida, bronxoektazda, gemorragik diatezlar va b.q.) kam miqdorda uzoq muddat qon ketishi bilan kuzatiladigan kasalliklarda kuzatiladi. O'tkir anemiyadan farqi, birinchi navbatda bunda qonning rang ko'rsatkichining past bo'lishidir, chunki surunkali qon ketishi organizmda asta-sekin temirning etishmovchiligiga olib keladi.

Tez-tez takror-takror qon oqishi hatto bir marta juda oz qismi yo'qotilganda ham, ba'zan kamqonlikning avj olishiga olib keladi. Biroq ko'p yillargacha shu tariqa oz-ozdan qon oqib turishi, kasalda emas, kamqonlik bo'lmay, balki qizil qon tanachalari miqdorining ko'payib ketishi mumkinligini nazarda tutish kerak. Bu xilda har yili necha martalab qon oqib turishiga to'g'ri ichak venalarining varikoz kengayishidagi gemorroidal qon oqishi misol bo'laoladi. Bunday bemorlar dastlabki yillarda qon ketgandan keyin o'zlarini juda yaxshi sezadilar, ular qonining tarkibi esa uzoq vaqtgacha normal bo'ladi. Aftidan, ko'mik bunday sharoitlarda qon o'rnini ayniqsa tez to'ldira olish va juda jonli reaktiv holatda bo'lish qobiliyatiga ega bo'ladi. Biroq asta-sekin

yangidan-yangi qon yo'qola borgani sayin ko'mikning ana shu giperfunktsiyasi susaya boshlaydi va teskari holati gipofunktsiya holati bilan almashinadi. Qizil qon tarkibi kamaya boshlaydi. Kamqonlik odatda keskin gipoxrom xarakterga ega boladi, bu tomir yetishmovchiligiga borlikdir, ko'miqdagi temir zaxirasi har safar qon ketganda gemoglobin yo'qolishi tufayli kamayib qoladi.

Patogenezi: Badan terisi va shillik pardalarning okarib turganligi, shuningdek, jasad yorib kurilganida ichki organlarning kamqonligi va distrofiyasi topiladi. Qizil ko'mikning giperplaziyaga uchragani ma'lum bo'ladi. Surunkasiga qon yo'qotib yurilgan bo'lsa, taloq, limfa tugunlari, jigarda ekstramedulyar qon yaratish uchoqlari topiladi.

Klinikasi surunkali qon yo'qotilgandan so'ng bemorlarda holsizlik, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, ko'ngil aynishi, qusish, qulog'ida shovqin, yurak urishi, ko'z oldida chumoli uchib yurishi hisi bezovta qiladi. Bemorlar najas bilan qon ketishi (melena, qoramtir meda va ingichka ichakdan va toza yoki ivigan qon yo'g'on ichakdan qon ketganda) kabi o'zgarishlar vujudga keladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri va ko'rnib turgan shilliq qavatlar rangpar, terisi nam, ter bilan qoplangan, nafas olishi tezlashgan, yuzaki, puls tezlashgan, ipsimon, yumshoq, qon bosimi ham sistolik ham diastolic bosim pasayadi.

Auskultatsiya. Yurak auskultatsiya qilinganda tonlar tezlashgan, funktsional shovqin va I tonni kuchayganligini eshitishimiz mumkin. Qon tomirlari auskultatsiya qilinganda asosan bo'yin venalarini qonning reologik xususiyatlari pasayganligi tufayli qon oqimi tezlashadi, shu tufayli "Bo'richa" shovqini eshitiladi, asosan o'ng tomonda va bu shovqin bo'yinni teskari tomonga burganda kuchayadi.

Qon surtmasida gipoxromiya, poykilotsitoz, anizotsitoz, mikrotsitoz ko'riladi. Trombotsitlar soni me'yoridan biroz kam bo'ladi. Leykotsitlar soni kam yoki nisbiy leykotsitoz kuzatiladi. Qon yo'qotilgan vaqtlarda biroz retikulotsitoz, leykotsitoz (vaqtincha) kuzatilishi mumkin.

Qon oqishi tufayli yuzaga keladigan surunkali kamqonlikda oq qon bir muncha kam o'zgaradi: regenerator fazada leykotsitlar sal ko'payadi ham (chapga so'rilib), giporegenerator fazada, keyingi davrda leykotsitlar mijdori biroz kamayadi (o'ngta so'rilib). Qon oqqanda keyin yuzaga keladigan kamqonlik prognozi uni keltirib chiqargan sabablarga bog'liq. Agar bu sabablarni bartaraf qilib bo'lmasa, kamqonlik og'irlashgandan og'irlashib boradi va aplastik formaga o'tadi. Agar bu sabablari bartaraf qilish mumkin bo'lsa, ko'mik vaqt o'tishi bilan asli holiga kelishi, kamqonlik esa yo'qolib ketishi mumkin.

Davolashda uchta vazifa ko'zda tutilishi kerak. Birinchi vazifa qon oqishini to'xtatishdan va, imkoni bo'lsa, uning sabablarini bartaraf qilishdan iborat. Bu vazifa davolash xususigagina emas, balki qon ketgandan keyin yuzaga keladigan kamqonlikning oldini olishga ham taalluqlidir. Gemorroidal tugunlarni bog'lash, me'da yarasini davolash, bachadon o'smasiga olib tashlash, qon oqishini to'xtatish va hokazolar ana shunday chora-tadbirlar jumlasiga kiradi. Ikkinchi vazifa yo'qolgan qon o'rnini yot qon bilan to'ldirishdan iborat. Bunga qon quyish yo'li bilan erishiladi, ayniqsa odam birdan ko'p qon yo'qtgandan keyin qon quyish tavsiya etiladi. Bunday vaqtda, odatda, katta dozada — 500 ml atrofida qon quyiladi va odamning nechog'lik ko'p qon yo'qotganligiga qarab, unga qancha qon quyish kerakligi hal qilinadi. Qon quyish odamning yetishmagan o'z gemoglobini bilan eritrotsitlari o'rnini to'ldiribgina qolmay, balki, shu bilan birga, eritropoezni jonlantirish uchun kuchli turtki ham bo'ladi. Qonning bunday ta'sir ko'rsatishiga sabab shuki, chamasi, retsipient bilan donor qon gruppalarining o'xshash bo'lishiga qaramay, kiritilgan eritrotsitlarning bir qismi har holda yemiriladi va gemoliz mahsulotlari ko'mikka ta'sir ko'rsatadi. Yot qon bilan birga organizmga talaygina temir kiritiladi shunda u ham ko'mik tomonidan yangi qizil qon tanachalari ishlab chiqarish uchun oson o'zlashtiriladigan birikmalar holida kiritiladi. Quyilgan jon, xususan tsitrat ham, bemor qonining ivuvchanligini oshiradi, shu bilan birga takror qon ketishi xavfini kamaytiradi. Surunkali qon yo'qotish natijasida yuzaga keladigan kamqonlikda qon kam miqdorda. (200—300 ml) takror quyiladi. Uchinchi vazifa ko'mik funktsiyasini mustaxkamlashdan iborat. Bunga temir preparatlarini (Tardiferon, Ferropleks, Ferrum lek, Jektofer, Ferbitol, Totema), Vit B12 va folat kislota buyurish yo'li bilan erishiladi, temir gemoglobin tuzish uchun material bo'lib hisoblanadi va bundan tashqari, ko'mikni stimullaydi. Shu maqsadda, turli birikmalardan iborat mishyakdan foydalansa ham bo'ladi.

Biroq, kuchsizroq bo'lsada, temirning boshqa preparatlari ham odatda yordam beradi. Mishyak fovler eritmasi sifatida dastlab I—2 tomchidan kuniga uch marta beriladi, keyin bir tomchidan qo'shib boriladi va kuniga uch martadan berib, o'n tomchigacha yetkaziladi, mishyak 0,001 dan kuniga ikki martadan xobdari sifatida ham beriladi, teri ostiga — 0,2—1,0 dan 1% li eritmasi sifatida buyuriladi. Toza havoda bo'lish, (sayr

qilish, binoni shamollatish), engil fizikultura mashqlari qilish, kuchli ovqatlar yeyish zarur. Ovqat vitaminlarga boy bo'lishi kerak.

Qondagi laborator ko'rsatkichlar . Gemoglobin miqdorini aniqlash. Qondagi eritrotsitlar sonini aniqlash. Rang ko'rsatkichlarini aniqlash. EChTni aniqlash.

Bemorlarni laborator tekshiruvga tayyorlash. Qonni tekshirish. Qon ko'rsatkichlari sutka davomida o'zgarib turadi, shuning uchun ham iloji boricha qon ertalab tekshirish lozim, shoshilinch holatlardan tashqari. Hamma analizlar ham rentgenografiya, ultra tovush tekshiruvi, fibrogastroduodenoskopik tekshiruvlar va fizioterapevtik davolashdan oldin olinishi kerak. Bular tahlillarni o'zgarishiga olib keladi. Analiz topshirgunga qadar 1 soat davomida chekish ham man etiladi. Sutka davomida jismoniy zo'riqishlardan, spirtli ichimliklardan, kun rejimi va ovqatlanish rejimini o'zgartirmaslik kerak. Tahlil nahorda topshirilishi kerak, oxirgi ovqatlanishdan 12 soat o'tgandan so'ng, suv ichsa bo'ladi. Tahlil natijalariga dori moddalar tasir qiladi, dori ichilmasligi kerak sutka davomida. Qonni yotgan holatda olish maqul, turgan holatda bosh aylanishi mumkin. Qaysi tomirdan qon olinsa shu tomirda 1 soat davomira yuk tashish mumkin emas (sumka tashish). Laborator ko'rsatkichlarni nazorat qilish uchun sutkaning bir vaqtda, bir laboratoriyada olinib, bitta reaktibdan foydalangan maqul. Chunki har xil reaktiv ishlatilsa natijalar har xil bo'lishi mumkin. Venadan qon olish uchun vakumli sistemadan foydalanish zarur. Igna sanchilgan joy, qon olingandan so'ng yaxshilab steril mato bilan 15 daqiqa qavomida bog'lanadi, gematoma bo'lmasligi uchun. Umumiy tahlil uchun qon IV barmoqdan kamida oxirgi ovqatlanishdan 1 soat otgandan so'ng olinadi. Chaqaloqlarda oyoq (tovon) dan olinichi mumkin.

Qonni bioximik tekshirish uchun nahorda oxirgi ovqatlanishdan 12 soat o'tgandan so'ng olinadi.

Lipidogrammaga tekshirish uchun (xolesterin va uning fraktsiyalari) oxirgi engil ovqatlanishdan kamida 14 soat o'tgan bo'lishi kerak. Glukozaga tolerantlikka tekshirish uchun 3 kun davomida aralash parhez tutishi maqul (parhezda kuniga 250 gr uglevodlar bo'lishi kerak). Uglevod almashinuviga tasir qiluvchi dorilarni va garmonlarni qabul qilinishi qat'iy man qilinadi (dibetiklardan tashqari, hayotiga xavf soladigan bo'lsa). Test 1 soatdan 4 soatgacha davom etadi. Bu vaqt bemor klinikada bo'lishi karak. Repraduktiv yoshdagi ayollarda garmonlar tekshirilishi lozim bo'lsa, ular menstrual tsiklini tegishli kuniga qon olinishi lozim. Qon ivishini tekshirish uchun bemorlar yoki pattsientlar varfarin, geparin, fraksiparin, kleksan, plaviks, aspirin, kurantil, tromboass kabi qon ivishini susaytiruvchi va aminokapron kislotasi, vitamin K (vikasol), ditsinon kabi qon ivishini kuchaytiruvchi dorilarni qabul qilmagan bo'lishi lozim.

Qon tanachalarini sanash

Qon tanachalari sanash asosan maxsus kamerada sanaladi. Qon tanachalarini sanash ketma-ket keladigan bir qancha manipulyatsiyalardan iborat: 1) tekshiriladigan odam barmog'iga ukol qilish; 2) aralashtirgichga qon olish; 3) olingan qonni tegishli eritma bilan suyultirish; 4) suqultirilgan qon tomchisini hisob kamerasing to'riga tomizishdan iborat. Barmoq odatda alohida asbob — Frank ignasi bilan ukol qilinadi, bu ignaning oddiy ignalardan afzalligi shuki, uning uchi barmoq to'qimasiga teri qalinligiga qarab, kerakli chuqurlikkacha kiradi; ukolni boshqa usullar bilan ham qilish mumkin. Oldin barmoq terisi bilan ignani spirt (dezinfektsiya qilish uchun) va efir bilan (quritish uchun) yaxshilab artish kerak. Ukol qilingan joydan chiqqan birinchi qon tomchisi artib tashlanadi va keyingi tomchi olinadi. Ukolni takrorlamaslik uchun ignani juda yuza sanchish yaramaydi (2-3 mm). Barmoq iliq bo'lishi lozim.

Aralashtirgichlar (melanjerlar) degan alohida pipetkalar yordami bilan qon olinadi. Aralashtirgich darajalarga bo'lingan kapillyar naydan iborat bo'lib, uchi kengayib keladi va ampula hosil qiladi; ampuladan kapillyar nay oldiniga aslidek, keyinchalik esa, birmuncha kengroq teshik bilan sal davom etadi. Qizil va oq qon tanachalariga sanash uchun har xil aralashtirgichlar ishlatiladi. Eritrotsitlarni sanash uchun mo'ljallangan aralashtirgichlarda birmuncha ingichka kalibrli kapillyar va ancha keng ampula bor; unga belgilar qo'yilgan: bitta belgi aralashtirgichning o'tkir uchi (og'zi)dan 5 daraja keyin — 0,5 ikkinchisi, ampulaga kirish oldida yana 5 darajadan keyin — 1,0 uchinchisi, ampuladan chikish joyida—101. 0,5 yoki 1,0 belgigacha qon olinadi, 101 belgigacha suyultiruvchi eritma olinadi. Ara-lashtirgichning 101 belgisigacha bo'lgan suyuqlik hajmi 1,0 belgisigacha bo'lgan hajmdan 100 baravar va 0,5 belgisigacha bo'lgan hajmdan 200 baravar katta.

Leykotsitlar uchun mo'ljallangan aralashtirgich kapillyarining teshigi birmuncha keng bo'lib, ampulasi kichikroq; unga 0,5 yoki 1,0 degan belgilar qo'yilgan; suyultiradigan suyuqlik 11 belgiga qadar so'riladi. Demak aralashtirgichning 11 belgisigacha bo'lgan suyuqlik hajmi 1,0 belgisigacha bo'lgan hajmdan 10 baravar va 0,5 belgisigacha bo'lgan hajmdan 20 baravar katta. Qonning suyultiruvchi suyuqlik bilan aralashishi uchun ikkala aralashtirgichning ampulasida shisha sharcha bor. Aralashtirgichning to'mtoq (keng) uchiga kichkina

shisha uchligi bo'lgan rezina naycha kiygiziladi, bu nay so'rish uchun xizmat qiladi. Olingan qon quyidagi eritmalar bilan suyultiriladi.

1. Qizil qon tanachalarini suyultirish uchun odatda osh tuzining 3% li eritmasi ishlatiladi, So'nggi vaqtda Gayem suyuqliklarni ishlatish maslahat ko'rilmoqda (5 gr. sulema, 10 gr. natriy xlorid, 37,5 gr. natriy sulfat suvda eritiladi; va suyuqlik hajmi 1 l ga yetkaziladi). Gayem suyukligida eritrotsitlar uzoqroq saqlanadi. Suyultiradigan suyuqlikka bo'yoq qo'shish ham tavsiya etiladi (masalan, metilviolet yoki genitsianviolet): bo'yoq bir qancha leykotsitlarni bo'yaydi, bu hol leykotsitlarni eritrotsitlarga qo'shib sinamaslik uchun imkon beradi. Odatda, qizil qon tanachalarini sanash uchun aralashtirgichga kiygizilgan rezinka trubka orqali sal so'rib 0,5 belgisiga qadar qon olinadi. Shundan keyin aralashtirgichning uchi yuqorida ko'rsatilgan suyultiruvchi suyuqliklarning biri bilan to'ldirilgan kosachaga tushiriladi va suyuklik butun ampulaning 101 belgisigacha to'ldirib so'riladi (200 marta suyultirish); so'ngra aralashtirgich uch minut mobaynida har tomonga qarab kuch bilan tez chayqatiladi. Kam qonli bemorning qoni tekshirilayotgan bo'lsa, qonni 1,0 belgisigacha so'rib olgan ma'qul (100 marta suyultirish). Oq qon tanachalarini suyultirish uchun **sirka kislotaning 5 %** li eritmasi ishlatiladi. Sirka kislota qizil qon tanachalarini eritadi. Biroq bunday kontsentratsiyada oq qon tanachalariga shikast yetkazmaydi, bu hol oq qon tanachalarining o'zini sanashga imkon beradi. Oq qon tanachalarining birmuncha aniq ko'zga tashlanishi uchun suyultiruvchi suyuqlikka gentsianvioletning suvdagi 1 % li eritmasidan bir oz ko'shiladi, gentsianviolet leykotsitlar yadrosini bo'yaydi. Oq qon tanachalarini sanash uchun 1,0 belgisigacha ukoldan qon olinadi, so'ngra 11 belgisigacha suyultiruvchi eritma so'rib olinadi; shunday qilib, qon 10 baravar suyultiriladi; leykotsitlar miqdori ko'p bo'lsa, qon 0,5 belgisigacha olinadi. (20 marta suyultirish). Aralashtirgich xuddi yuqorida aytilgandek qilib chayqatiladi. Aralashtirgichga qon olish katta aniqlikni talab qiladi (havo pufakchalarisiz tegishli belgiga raso qilib va hokazo), aralashtirgich suyuqligi saqlanib qoladigan holatda bo'lishi kerak (uchi gazlama yoki qog'ozga tegmagan holda gorizontol holatda, gazlama yoki qog'oz aralashtirgichdan suyuqlikning bir qismini o'ziga tortib olishi mumkin). Aralashtirgichlar nihoyatda toza va quruq bo'lishi kerak. Suyultirilgan qon tomchisi aralashtirgich suyuqligini obdon aralashtirilganidan keyingina hisob kamerasing turiga tomiziladi. Dastlabki bir nechta tomchini (kapillyar qismidagi suyuqlikni) aralashtirgichdan to'kib tashlash va ampuladagi suyuqlikdangina (va, demak, yaxshi aralashgan suyuklikdangina) foydalanish kerak. Tomchi to'g'ri yoki tug'ridan-to'g'ri (Tom-Tseyss tipidagi kamerada) tushiriladi, (tomchi bu holda tegishli kattalikda bo'lishi kerak, tomchining katta-kichikligini belgilashga faqat tajriba yordam beradi) yoki bo'lmasa tomchi to'r yonidagi maxsus chuqurchaga (ariqchaga) tushiriladi, to'r esa bunda o'z-o'zidan to'ladi (Byurker tipidagi kamera). Birinchi xil turlarga tomchi tushirilganidan keyin unga qoplag'ich shisha yopiladi. Ikkinchi xil turlarda qoplag'ich shisha oldin qo'yiladi, bunda aralashtirgichdan olingan tomchi uning chetiga keltiriladi va tomchi kapillyarlik xususiyati bilan to'rni to'ldiradi. Hisob kamerasi qalin buyum oynasidan iborat bo'lib, unga to'r o'yilgan alohida shisha plastinka o'rnatilgan yoki qisib qo'yilgan bo'ladi, To'r atrofiga (yoki ikkala yoniga) 0,1mm qalinlikdagi shisha plastinka ham qo'yilgan. To'r ustiga qo'yiladigan qoplag'ich oyna xuddi shu plastinkaga mustahkamlanadi. To'r bilan qoplag'ich oyna orasidagi bo'sh joyning balandligi, ya'ni to'rning chuqurligi shunday qilib, 0,1 mm ga baravar bo'ladi. Shlifovka qilingan, yuzasi nihoyat darajada tekis bo'lgan qoplag'ich oynalardan foydalanish kerak (odatdagi qoplag'ich oynalar ko'pincha notekis bo'ladi, bu — kameraning kerak bo'lgan balandligini buzib qo'yadi). Qoplag'ich oynalarni kameraga Nyuton halqalari (to'r atrofida yoysimon aylanadi) ko'rilguncha zich qilib taxlab yopishtirish kerak. Tom-Tseyss va Byurker xilidagi hisob kameralari tafovut qilinadi.

2. Tom-Tseyss kamerasi ko'rsatilgan. To'r yopishtirilgan plastinka dumaloq bo'ladi; uning atrofiga torgina aylanma ioncha qoldirib, ikkinchi, birmuncha qalinroq plastinka joylashtirilgan, bu plastinkaning ustki yuzasi ichki dumaloq plastinka yuzasidan ko'tarilib turadi, shunga ko'ra. To'rli plastinka bilan shu plastinkani o'rab turadigan birmuncha qalin plastinkaning chetlari orasidagi balandlik 0,1mm ga baravar bo'ladi. Tomchi markazdagi to'rli plastinkaga tushiriladi. Ustiga oyna nyuton xalkalapi paydo bo'lguncha ishlab yopishtiriladi. Tomchining hajmi to'rni boshdan-oyoq bir tekis qoplay oladigan darajada bo'lishi kerak; sal ortiqcha suyuqlik qisman noychaga tushadi.

3. Byurker kamerasing so'ngi, birmuncha mukammal xili qalin buyum oynasidan iborat bo'lib, uning markaziga shu oynaga ko'ndalang bo'lib turadigan ikkita to'r qo'yilgan, bu turlar yon tomondan va bir-birining o'rtasidan novlar bilan o'ralgan; yon novlarning tashqi chetlari ko'tarilib turadi, shunga ko'ra, to'r yuzasi bilan novcha Goryaevlar ustida ko'tarilib turadigan ustki chekkalar orasidagi balandlik 0,1 mm ga teng bo'ladi, (kameraning chuqurligi). Qoplag'ich oyna tomchi tushirilishidan oldin qo'yiladi; qoplag'ich oyna ostidan chiqib turadigan tashqi novlarning bariga aralashtirgichdan tomchi tushiriladi. Kapillyarlik tufayli bu

tomchi to'ri to'ldiradi. To'rlarning ikkalasidan bir xil foydalanish mumkin, unda yoki bir xil qon bilan yoki ikkita har xil qon bilan to'rlar to'ldiriladi (tomchilarning har biri birinchi va ikkinchi to'ring yonidan tushiriladi). To'rlar har xil ko'rinishda bo'ladi. Lekin ularning tuzilish printsipli bir xil. Hamma to'rlar har xil qilib gruppallashtirilgan «kichik» va «katta» kvadratlardan iborat. Kichik kvadrat tomonlari 10 mm, ya'ni uning yuzi 400 mm². Kameraning balandligi 5 mm bo'lganligidan kichik kvadrat hajmi, shunday. Katta kvadrat yoki 16 ta kichik kvadratdan tashkil topgan bo'ladi, yoki yuzasi hajmi jihatidagi 16 ta kichik kvadratga mos keladi. Tom to'ri har biri 16 tadan kichik kvadratdan tashkil topgan 16 ta katta kvadratdan iborat; katta kvadratlar «uch qavat chiziqlar», ya'ni yana bitta chiziq bilan bo'lingan mayda kvadratlar bilan bir-biridan ajralib turadi. Shunday qilib, butun to'r har qatorda 16 va yana 4 ta bo'lingan mayda kvadratdan, ya'ni 20 qator bo'lib joylashgan (har qatorda 20 tadan kichik kvadratdan), jami 400 ta kichik kvadratdan tashkil topgan. Tom to'ri eritrotsitlarni sanash uchun kifoya qiladi, biroq, leykotsitlarni sanash uchun kichikroq shunga ko'ra leykotsitlarni sanash uchun to'ri bir necha marta to'ldirish va sanash hamda o'rtacha raqamlarni olishga to'g'ri keladi. Tyurk to'ri markazi Tom to'ridan iborat, lekin yuzasi ancha katta bo'ladi. Chunonchi, unda shunday yuzalardan yana 8 tasi bor. Ana shu qushimcha yuzalar faqat katta kvadratlarga ajralgan. To'rda hammasi bo'lib, 9x16, har qatorda 12 tadan, jami 144 ta katta kvadrat bor. Predtechenskiy to'ri juda qulay bu to'rda 100 ta katta kvadrat bor, ularning bir qismi mayda kvadratlarga bo'lingan, bo'linganda ham to'ring har xil bo'limlarida bir tekis bo'lingan. Goryaev to'ri Predtechenskiy to'ring yanada mukammallashtirilgan xili bo'lib, undan katta (15 ta qatorning har birida 15 tadan, jami 225 ta katta kvadratdan iborat) hozirgi vaqtda, bizda Byurker tipidagi kameralarda ishlatiladi.

4. Byurker to'ri Tyurk to'riga o'xshaydi, u ham 144 ta katta kvadratdan iborat qon tanachalarini sanash vaqtida to'r bo'shlig'ida bir tekis tarqalgan mayda kvadratlardan foydalaniladi, bu kvadratlar katta kvadratlarni ajratib turadigan chizig'larning kesilishidan hosil bo'ladi. Goryaev to'ri hammasidan ham yaxshi. To'rda shaklliy elementlar kamera tomchi bilan to'ldirilganidan keyin, 2—3 minut o'tgach, sanaladi (qon elementlarining tinishiga imkon berish uchun). Kvadrat ichida yotgan hamma hujayralar, yarmidan ko'pi mazkur kvadrat ichiga kirib turgan bo'lsa, chegara chiziqlarida turgan hujayralar ham sanaladi. Bundan tashqari chegara chiziqlari yarmidan kesib o'tgan hujayralar ham hisobga qo'shiladi. Biroq ularning yoki ustki va chapki yoki pastki va o'ng tomonidagi chiziqlarda yotganlarigina sanaladi (ya'ni kvadratni cheklab turgan 4 ta chiziqdan ikkitasidagi hujayralar). Bitta hujayralarning o'zini ikki martadan sanab qo'ymaslik uchun shunday qilinadi. Yarmidan ko'pi mazkur kvadratdan tashqarida yotgan hujayralar shu kvadratda mutlaqo hisobga qo'shilmaydi. Qizil qon tanachalari kichik kvadratlardan sanaladi. Goryaev to'rlarida 16 ta kichik kvadratdan iborat katta kvadratlar tanlab olinadi va odatda, 5 ta katta kvadrat (ya'ni, 80 ta kichik kvadrat) sanaladi. Yaxshisi, to'ring har xil joylarida yotgan kvadratlarni tanlab olish kerak (eritrotsitlarning to'rda notekis tarqalishidan kelib chiqadigan noaniqlikni kamaytirish uchun). Byurker to'rida katta kvadratlar o'rtasida (katta kvadratlarni bo'lib turadigan bo'shliqning kesishgan joylarida) joylashgan kichik kvadratlardan foydalaniladi. Butun to'r bo'ylab bir qatorda 10 ta kichik kvadrat bo'ladi. Odatda 6 qatordagi kichik kvadratlar va yana yettinchi qatordagi qanday bo'lmasin ikkita kichik kvadrat sanaladi. Bunga ham jami 80 ta kvadrat bo'lib chiqadi.

Bu quyidagicha bo'lib qilinadi: 16 ta katta kvadratga barobar bo'lgan 80 ta kichik kvadratdagi eritrotsitlar sanalganidan keyin, avvalo kichik kvadratdagi eritrotsitlarning o'rtacha soni hisoblab chiqiladi. Kichik kvadrat hajmi yuqorida aytilganidek 1 mm³ ga teng bo'lganidan eritrotsitlar sanaladigan 1 mm³ aralashmada eritrotsitlar bitta kichik kvadratdagi dats 4000 baravar ko'p bo'ladi. Oliigan qon aralashtirgichda suyultirilgani (odatda 200 marta) sababli, kelib chiqqan sonni yana 200 ga ko'paytirish kerak. Misol. 80 ta kichik kvadratning hammasida 400 ta qizil qon tanachalarini sanadik, deb faraz qilaylik; demak bitta kichik kvadratda ular $400:80 = 5$ dir; melanjerdan olingan 1 mm³ aralashmada $5 \times 4000 = 20\,000$, 1 mm³ qonda esa $20\,000 \times 200 = 4\,000\,000$ qizil qon tanachasi bor. Amalda 80 ta mayda kvadratda (yoki 5 ta katta kvadratda) sanab chizilgan eritrotsitlar soniga 4 ta nol qo'yiladi (ya'ni o'sha son 10 000 ga ko'paytiriladi). Leykotsitlar katta kvadratlarda sanaladi. Tom kamerasida butun to'r yuzasida (ya'ni 400 ta kichik kvadratda) yotgan leykotsitlar sanaladi; kamida 3-4 ta tomchi sanab chiqiladi. Byurker to'rida 100 ta katta kvadrat sanaladi (96 tasi 8 qatordan va 4 tasi qanday bo'lmasin katordan olinib), qatorlar birin-ketin olinmaydi. Yaxshisi Byurker to'rida to'r doirasida yotgan leykotsitlarni sanab chiqish kerak. To'r hajmi 0,9 mm³ ga baravar. Modomiki shunday ekan, 1 mm³ qondagi leykotsitlar sonini olish uchun butun to'rdan sanab chiqilgan leykotsitlar miqdorini 10G⁹ ga va suyultirish raqamiga (10 yoki 20 ga) ko'paytirish kifoya. Goryaev to'rida ham 100 tadan katta kvadrat sanab chiqiladi, odatda «bo'sh» (kichik kvadratlarga bo'linmagan) kvadratlar tanlab olinadi

— ular 4 tadan qator turadi. To'ra bunday kvadratlar hammasi bo'lib 25 ta. 100 ta katta kvadratdan sanalgan leykotsitlar soni 100 ga, keyin 16 ga bo'linadi (bitta kichik kvadratga keltiriladi). Bitta kichik kvadratga to'rti keladigan leykotsitlarning o'rtacha soni 10 yoki 20 ga ($1 : 10$ yoki $1 : 20$ suyultirilganiga qarab) va 4000 ga ko'paytiriladi.

Qondagi gemoglobin miqdorini aniqlash

Gemoglobinni aniqlash uchun maxsus pipetkaga barmoqdan qon olinadi, pipetkaning belgisigacha bo'lgan sig'imi 20 mm³. Qon Sali gemometrining alohida probirkasiga puflab tushiriladi. Gemometr kolorimetning eng oddiy xilidir. U shativga o'rnatilgan ikkita kichkina probirkalardan iborat bo'lib, shativning orqa tomoniga xira oyna qo'yilgan. Apparatning bitta probirkasida standart suyuqlik, chunonchi gematin xloridning glitserindagi bir protsentli eritmasi bor; bu probirka ikkala tomonidan kavsharlangan. So'ngi vaqtda asboblardagi shu probirka o'rniga vaqt o'tishi bilan rangi aynib ketmaydigan qo'ng'ir tusdagi shisha tayoqchalar qo'yilmoqda. Birinchi probirka bilan bir xil kalibrda bo'ladigan ikkinchi probirka bo'sh; uning devori 140 ga bo'lingan. Tekshiriladigan qon xuddi ana shu probirkaga solinadi. Pipetkadan qonni shu probirkaga tuflab tushirishdan oldin probirkaga 10 darajasigacha xlorid kislotaning detsinormal eritmasi qo'yiladi. Pipetka bilan aniq qilib o'lchangan qon pipetka uchini suyuqlik yuzasiga tekizib turib va suyuqlikka havo kiritmaslikka harakat qilib, kislotaga tushiriladi (havo kirmasligi uchun so'ngi tomchini xlorid kislotada damidan sal yuqoriroqda probirka devoriga puflab tushirish, so'ngra probirkani sal engashtirib, uni yuvib olish kerak. Probirkadagi qonni xlorid, kislotaga bilan obdon aralashtirib 10 minut qo'yiladi. Shu vaqt ichida gemoglobin xlorid kislotaga bilan birikib, gematin xloridga aylanadi va suyuqlik tusi jihatidan probirka yoki tayoqchani rangiga o'xshaydigan, ammo ancha to'g'riligi bilan undan ajralib turadigan rangga kiradi. Shu muddat o'tganidan keyin probirkaga undagi suyuqlik rangi standart rang bilan baravarlashguncha suv quyila boshlaydi. Ayni vaqtda yoki maxsus shisha tayoqcha bilan yoki probirkani chayqatish yo'li bilan suyuqlik aralashtirib turiladi. Tusining to'g'riligi standart bilan bir xil bo'lib qolgan suyuqlikning suyultirishdan keyingi sathi shikalarga qarab belgilanadi; tegishli daraja gemoglobinning normada 100 deb qabul qilinadigan miqdoriga nisbatan protsent miqdorini ko'rsatib beradi.

1. Gemoglobinni qonning kislorod sig'imiga qarab aniqlash eng to'g'ri yo'ldir 1,33 sm kislorod 1 gr gemoglobinga to'g'ri keladi. Normada erkaklarda 100 ml qonda 13-16, xotinlarda esa 12-15 gr gemoglobin bo'ladi. Gemometrdagi standart, 100 raqami qo'yilgan darajasi 100 ml qondagi 16 g gemoglobinga to'g'ri keladigan qilib tayyorlangan bo'lishi kerak. Afsuski ishlab chiqarilayotgan gemometrlar juda xilma-xil, ko'pincha haddan tashqari to'rt tusda bo'ladi. Shu munosabat bilan gemoglobin miqdori noaniq (ko'pincha juda past) chiqadi. Gemometrning ko'rsatishlarga «tuzatish» kiritish, qondagi gemoglobin miqdorining son qiymatlarini esa, grammlar bilan ifodalash kerak,

Qondagi eritrotsitlar sonini aniqlash.

Eritrotsitlar Byurker yoki Goryaev kamerasida sanaladi. Buning uchun qon avval maxsus aralashtirgichda 3,5% osh tuzi eritmasi bilan 200 marta suyultirilib olinadi. Aralashtirgich o'rta qismida kengaygan joyi (rezervuari) bo'lgan shisha naychadan iboratdir. Qonni suyultirish uchun aralashtirgichning 0,5 belgisigacha qon tortib olinadi, so'ngra uni 101 belgisigacha 3,5% li osh tuzi eritmasi bilan to'ldiriladi va 3 minut mobaynida silkitiladi. Suyultirilgan qonning dastlabki tomchisi chiqarib yuboriladi va keyingi tomchisi ehtiyotlik bilan hisob kamerasiga tomiziladi. Hisob kamerasida maxsus to'rt uyilgan maydoncha bo'ladi va qon tomchisi shu to'rtga tarqaladi. To'rtlarning har birida bir qancha katta, ularning ichida esa kichik kvadratlar bo'ladi. Masalan, Goryaev kamerasida har bir 16 ta kichik kvadratni o'z ichiga olgan 25 ta katta kvadrat mavjud. Bunday kamerada eritrotsitlar 5 ta katta kvadratga (ya'ni 80 ta kichkina kvadratga) sanaladi. Masalan, 80 ta kichik kvadratda 440 ta eritrotsit sanalgan bo'lsa, bitta kichik kvadratda $440:80=5,5$ ta, melanjerdan olingan 1 mm³ aralashmada $5,5 \times 400 \times 22000$, 1 mm³ periferik qonda esa $22000 \times 20 = 4400000$ ta qizil qon tanachasi bo'ladi. Sog'lom odamlarda eritrotsitlar erkaklarda 1 litr qonda 4-5.10, ayollarda esa 3,9-4,7.10 atrofida bo'ladi.

Rang ko'rsatkichini aniqlash

Rang ko'rsatkichi qondagi qizil qon tanachalarining soni bilan ulardagi gemoglobin miqdori o'rtasidagi nisbatdan iborat. Gemoglobin 100% va eritrotsitlar 5000000 bo'lganda, bitta eritrotsitga to'g'ri keladigan gemoglobin miqdori birlik, deb qabul qilinadi. Formula bo'yicha hisoblab chiqiladi: topilgan gemoglobinning grammlar bilan ifodalangan miqdori 16 ga bo'linib (yoki topilgan gemoglobinning protsentlar bilan ifodalangan miqdori 100 ga bo'linib), topilgan eritrotsitlarning 5 000 000 ga bo'lingan miqdoriga ko'paytiriladi. Rang ko'rsatkichi normada taxminan 1,05 ga teng.

Rang ko'rsatkichi avvalo muayyan holda kamqonlikning nima hisobiga ko'proq gemoglobin yetishmasligi hisobigami (rang ko'rsatkichining pastligi) yoki ko'proq qizil qon tanachalarining kam ishlanib chiqishi hisobigami (rang ko'rsatkichining balandligi) yuzaga kelganligini ko'rsatib beradi. Shu bilan birga, bu ko'rsatkich, har bir eritrotsitning gemoglobinga naqadar to'yinganligini belgilab beradi (o'rta hisobda). Normal sharoitlarda gemoglobin eritrotsitni tamom siqqunicha to'ldiradi. Bir eritrotsitdagi gemoglobin miqdori normadagidan ko'ra ko'proq bo'lib qolishi va shu yo'l bilan birga teng bo'lgan rang ko'rsatkichini ko'tarishi uchun eritrotsit o'zining maydoni yoki xajmini kattalashtirishi kerak. Mana shuning uchun ham shunday qondagi qizil qon tanachalari o'rtacha normadan katta bo'lsa, rang ko'rsatkichi katta bo'lib chiqadi.

Eritrotsitlarning cho'kish tezligi (EChT)

Periferik qonda eritrotsitlar bir xil zaryadli bo'lgani uchun ular bir-biridan qochadi va hech qachon yopishmaydi. Tomirdan tashqarida esa ular og'irligi natijasida cho'ka boshlaydi va bir-biriga yopisha boshlaydi. Lekin bu cho'kish tezligi 1 soatda 15 mm dan oshmasligi kerak. EChT qon plazmasida globulinlar, fibrinogen va mukopolisaxaridlar miqdoriga bog'lik.

Turli kasalliklarda eritrotsitlarning yopishqoqligini tezlashtiruvchi yuqoridagi moddalar qon plazmasida ko'payib ketadi va EChT ham tezlashadi.

Bu kasalliklar qatorida turli yuqumli kollagen kasalliklar, xavfli osmalar kiradi. Eritrotsitlarning cho'kish tezligi patologik holatning faolligini ko'rsatuvchi kattalik hisoblanadi. Ko'p yillardan beri EChTni aniqlashda Panchenkov asbobidan foydalanilmoqda.

Bu asbob shtativ va kengligi 1 mm li 100 ta bo'limli shisha naychalardan iborat. Shisha naychaning 50 deb belgilangan bo'limigacha 5 % li natriy tsitrat eritmasidan tortib olinib, uni soat oynasiga tushiriladi. Bemor barmog'idan yana 2 marta naychaning 100 bolimigacha qon tortib olinib, uni ham soat oynasidagi reaktiv bilan aralashtiriladi va yana naychaning 100 bo'limigacha to'ldiriladi. To'ldirilgan shisha naychani shtativga aniq vertikal holatda o'rnatiladi va 1 soatdan keyin qon ustunchasining qancha mm ga kamayganligi aniqlanadi. EChTning meyorlari erkaklarda 2-10, ayollarda 2-15 mm/soatga teng bo'ladi.

Test savollari

1. Anemiya qanday kasallik?

- a) qon hajm birligidagi gemoglobin, eritrositlar soni kamayishi
- b) qon yaratish organlarining limfoid giperplaziyasi
- c) limfoid apparatning reaktiv giperplaziyasi
- d) qon ivishining keskin sussyayib qolishi

2. Ayollar qon zardobida temir yetishmasligi olib keladi:

- a) normaxrom anemiyaga
- b) giperxrom anemiyaga
- c) gipoxrom anemiyaga
- d) rang ko'rsatkichi ahamiyatsiz

3. Fiziologik holatda eritrotsitlar hayotining davomiyligi:

- a) 120 kun
- b) 60-80 kun
- c) 80-100 kun
- d) 100-110 kun

4. Gipoplastik anemiya qanday kasallik?

- a) vitamin B 12 yetishmasligi anemiyasi
- b) temir yetishmasligi natijasida paydo bo'ladi
- c) ko'mik faoliyati sussyay qolganligiga aloqador anemiya
- d) eritrotsitlar kamayishi natijasida paydo bo'ladi

5. Qoshiqsimon tirnoqlar quyidagi kasallikda uchraydi:

- a) leykoz
- b) Qalqonsimon bez giperfunktsiyasi
- c) B1 vitamin etishmovchiligi
- d) temir etishmovchiligi natijasida kelib chiqqan anemiyasi

6. Ko'ndalang tirnoq bu?

- a) Ko'ndalang tirnoq yo'qolishi

- b) tirnoq egilib qoshiqsimon bo'lishi
- c) Soat oynasiga o'xshash qavariq tirnoqlar
- d) Sinuvchan tirnoq

7. Quyidagilardan qaysi biri o'smirlarda TDAg sabab bo'la olmaydi

- a) nutritiv etishmovchilik
- b) mensisda ko'p qon yo'qotish
- c) temirning ko'p sarf bo'lishi
- d) homiladorlik

8. Leykopeniya nima?

- a) leykotsitlar nisbatining o'zgarishi
- b) leykotsitlar sonining kamayishi
- c) leykotsitlar miqdori o'zgarishi
- d) leykotsitlar sifatining o'zgarishi

9. Leykositlar normal miqdori...

- a) $9-810^9$
- b) $2-310^9$
- c) $4-910^9$
- d) $6-710^9$

10. Leykositoz nima?

- a) leykotsitlar absolyut miqdori
- b) leykotsitlar sonini kamayishi
- c) leykotsitlar funksiyasining o'zgarishi
- d) leykotsitlar sonining ko'payishi

11. Mikrotsitlar quyidagi hollarda paydo bo'ladi

- a) gemolitik anemiya
- b) Vit B12 defitsitli anemiya
- c) temir defitsitli anemiya
- d) gipoplastik anemiya

12. Qonda meyorda leykotsitlar soni qancha?

- a) $20 \times 10^9 - 25 \times 10^9$
- b) $6 \times 10^9 - 12 \times 10^9$
- c) 4– 9 mln
- d) 4– 9 ming

13. O'smirlarda kopincha temir tanqisligi anemiyasi sababi ...

- a) Gelmintozlar
- b) Alimentar omil
- c) Polimenorragiya
- d) Homiladorliklar

14. Ovqat tarkibidagi temirning maksimal so'rilish miqdori:

- a) 4,5 mg/sutka
- b) 1,5 mg/sutka
- c) 2,5 mg/sutka
- d) 3,5 mg/sutka

15. Ovqat hazm qilish traktida temir so'riladi:

- a) yugon ichak
- b) oshkozonda
- c) 12 barmoqli ichak va ingichka ichak yuqori qismida
- d) meda va 12 barmoqli ichak

16. Pica chlorotica simptomi nima:

- a) teri quruqligi
- b) tirnoqlar deformatsiyasi
- c) disfagiya
- d) ta'm bilishning buzilishi

17. Postgemmoragik anemiyalar sababi nima?

- a) qon hosil bo'lishi buzilishi natijasida namoyon bo'ladi
- b) qon yo'qotish natijasida paydo o'ladi
- c) qon ortiqcha parchalanishi natijasida paydo bo'ladi
- d) temir yetishmasligi va gemoglobin yetishmasligi

18. Qaysi kasallikda sochlarning mo'rtligi va tez tushib ketishi kuzatiladi?

- a) Bazedov kasalligida
- b) kamqonlikda
- c) sifilisda
- d) miksidedmada

19. Qaysi maxsulotdan temir yaxshi o'zlashtiriladi:

- a) baliq
- b) jigar, buzoq go'shti
- c) mayiz
- d) olma

20. Qaysi preparatda temir moddasi ko'p:

- a) ferro-gradumet
- b) tiklangan temir
- c) Aloe siropi temir bilan
- d) ferramid

21. Qon yaratish organiga kiradi?

- a) ko'mik, taloq, jigar, limfa tuguni
- b) jigar va oshqozon
- c) o'pka-yurak
- d) limfa tuguni, yurak, jigar

22. Qonda trombotsitlarning yetishmasligi uchun xarakterli?

- a) Verlgof kasalligi
- b) gemofiliya
- c) leykoz
- d) anemiya

23. Qonning shakliy elementlariga kiradi?

- a) tsilindr, epiteliy hujayralari
- b) oqsil, uglevod, yog'lar
- c) eritrotsit, trombosit, leykotsit
- d) kristallar, eozinofillar, tuzlar

24. Rang ko'rsatkichi tushunchasi:

- a) qonda eritrotsitlar miqdori oshgan
- b) qondagi gemoglobin miqdori oshganda
- c) qondagi gemoglobin miqdori kamaygan
- d) eritrotsitlarni gemoglobin bilan to'yinish darajasi

25. Sarg'ish tusli rangpar teri xarakterli:

- a) B12- foliydefitsit anemiyada
- b) yurakning aortal parogida
- c) xlorozda
- d) leykozda

26. Sideropenik sindrom belgilariga kiradi, bittadan tashqari:

- a) teri qoplamlari quruqligi
- b) ovqat yutish qiyinlashuvi
- c) tirnoqlar mo'rtligi
- d) tirnoqlar deformatsiyasi

27. Sochlar o'sishining buzulishi ko'pincha qaysi a'zo kasalligida ko'proq uchraydi

- a) qon
- b) yurak

- c) jinsiy
- d) o'pka

28. Temir tanqis anemiya (TTA) birinchi bo'lib kim tomonidan yozilgan

- a) Goshe
- b) Minkovskiy
- c) Addison
- d) Lanj

29. TTA ni davolashda quyidagi preparatlar qo'llaniladi, bittadan tashqari:

- a) gemofer
- b) qonferon
- c) jektofer
- d) ferro-gradument

30. TTA ni davolashda quyidagilarga rioya qilinadi, bittadan tashqari:

- a) dozasiining etarli bo'lishi
- b) davo kursini takrorlash
- c) temir preparatlarini Vit S bilan birga berish
- d) temir preparatlarni vena ichiga yuborish

31. TTA uchun qaysi eng ko'p xarakterli hisoblanadi:

- a) gipersplenizm
- b) sideropenik sindrom
- c) yuqoridagilarning hammasi
- d) teri qoplamlari va skleraning oqish rangdaligi

32. TTAni davolashda quyidagi preparatlar qo'llagiladi bittasidan tashqari:

- a) Kofein
- b) jektofer
- c) ferro-gradumet
- d) N2 bilan tiklangan temir

33. Temir moddasi ingibitorini ko'rsating

- a) Baliq
- b) Gosht
- c) Choy
- d) Tuxum

34. Temir tanqisligi anemiyasi kelib chiqishiga sabab bo'la olmaydi

- a) Choy
- b) Sut
- c) Kofe
- d) Go'sht

35. Temirga boy mahsulotlarga nimalar kiradi?

- a) jigar, go'sht
- b) sut, kakao, sarimsoq, qora qahva
- c) asal, meva, kartoshka
- d) mevalar va sabzavotlar

36. Temir defitsit anemiya hamma anemiyalarning:

- a) 50-60%
- b) 70-80%
- c) 80-95%
- d) 90% ni tashkil qiladi

37. Temir defitsit anemiyaga ko'proq xarakterli:

- a) suyaklarda og'riqlar bo'lishi
- b) gemorragik sindrom
- c) sideropenik sindrom
- d) gepatosplenomegaliya

38. Temirning qaysi valentlik shakli organizm tomonidan yaxshi o'zlashtiriladi:

- a) 2 - valentli
- b) 3 valentli
- c) 1 valentli
- d) ahamiyatga ega emas

39. Temir preparatlari bilan davolash kursi qancha:

- a) 1 oy
- b) 10 kun
- c) 2 hafta
- d) 4 haftadan kam

40. Temir preparatlarini qabul qilganda uchramaydi :

- a) ishtaha kuchayishi
- b) qusish, ich ketish
- c) allergik reaksiyalar
- d) qorinda ogriq, axlat qorayishi

41. Temirning asosiy manbaini toping:

- a) tuxum
- b) olma
- c) sut
- d) go'sht

42. Temir qaysi oziq ovqat maxsulotlariga ko'p:

- a) olma
- b) Go'sht
- c) anjir
- d) tuxum

43. O'tkir va surunkali infeksiyalar natijasida kelib chiqqan anemiyalarga qaysi dorilar qo'llaniladi:

- a) kam miqdorda qon quyish
- b) antibiotiklar
- c) vitaminlar
- d) temir preparatlari

Qon yaratish tizimidan masalalar

1 masala

Bemor 25 yoshda, kasalxonaga tushganda vrach tomonidan ko'zdan kechirildi va quyidagi o'zgarishlar ko'zga tashlandi. Teri qoplamasi quruq va ko'chuvchan, rangpar, shilliq qavatlar oqimtir, tirnoqlari sinuvchan, koylonixiya kuzatiladi, oqiz burchaklari yorilgan, til so'rg'ichlari atrofiyaga uchragan, tishlarida qora dog'lar bor, destruktiviyaga uchragan, alveolyar pioreya kuzatiladi, sochlari to'kiluvchan, quruq va sinuvchan. Qonda rang ko'rsatkichi 0,63 (gipoxromiya).

Bemorga qanday tashxis qo'yasiz.

Kasallikni etiologik omillarini sanab o'ting.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Yurak – qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Qondagi makroskopik hamda mikroskopik o'zgarishlarni aytib bering.

2 masala

Maktab bolalari davriy tibbiy ko'rik o'tkazilayotgan vaqtda, o'qituvchi o'z o'quvchisi doimo bo'r iste'mol qilib turishini, shu bilan birgalikda ba'zan kesak iste'mol qilishini aytdi, qiz bola 14 yoshda, vrach tomonidan anamnez yig'ilganida 10 yoshdan hayz sikli (menstruatsiya) boshlangan va 7-8 kun davom etishini aytdi.

Bemor sochi sinuvchan, quruq, oqiz burchagi yorilgan, qiz bolaning aytishi bo'yicha sochi to'kiladi. Qoni tekshirilganida rang ko'rsatkichi 0,65 (gipoxrom) ligi va eritrotsitlar soni 3,2 mln (kam) ligi aniqlandi.

Bemorga qanday tashxis qo'yasiz.

Kasallikning klassifikatsiyasini aytib bering (rang ko'rsatkichi va morfologik va h. k. bo'yicha).

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemor qonidagi o'zgarishlarni aytib bering.

3 masala

Bemor 23 yoshda, jinsi ayol, 28 haftali homilador. Vrach qabuliga kelganda quyidagilarga shikoyat qildi, holsizlik, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, ish qobiliyatining pasayishi, tez charchash, hansirash, qulog'ida shovqin, badanda chumoli yurishi ?issiyoti, teri sezuvchanligini susayishi, tam bilish qobiliyatini yo'qolishi, ko'ngil aynishi, disfagiya bezovta qilishini aytdi va so'rab surishtirilganda kesak va bo'r istemol qilgisi kelishini aytib berdi. Bemorning qoni tekshirilganida qonda rang ko'rsatkichi 0,71 (pasaygan), gemoglobin 85 gG'l hamda eritrotsitlar 3,6 mln (kamaygan), har xil shaklli va har xil razmerli (anizotsitoz, paykilotsitoz) eritrotsitlarni ko'rish mumkin, mikrotsitoz ya'ni eritrotsitlarning o'rtacha razmeri kichrayganligi ma'lum bo'ldi.

Sizning taxminiy tashxisingiz qanday.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.

Yurak-qon tomir tizimida qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.

Bu bemorga tashxisini aniqlash uchun qanday tekshiruvlar olib borgan maqul.

qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va undagi o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

4 masala

Ayol 21 yosh, homiladorlik 30 hafta, ayollar maslahatgohiga kelganda uni shikoyatlarini eshitib, vrach tomonidan sub'ektiv tekshiruvda ko'z oldi qorong'ulashishi, bosh aylanishi va ob'ektiv teri rangpar, tirnoqlari ichkariga botgan va yupqalashganligi aniqlandi. Bemor qonida eritrotsitlar 2,8 mln va gemoglobin miqdori 64 gG'l (kam) ligini hamda yurak qon tomir tizimida yurak urish tezligi 104 zarb/'min hamda yumshoq sistolik shovqin yurak cho'qqisida V qovurg'a orasida eshitaladi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemorni ob'ektiv tekshirishda qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering

Bemorning qonidagi bo'lishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni aytib bering.

5 masala

Simob, qo'rg'oshin, fosfor ishlab chiqarish zavodida ishlovchi ishchilar 300 buyruk asosida 500 kishi davriy tibbiy ko'rikdan o'tkazildi. Tibbiy ko'rik o'tkazilganlardan 15 kishining qonida rang ko'rsatkichi (0,69) pastligi, gemoglobin miqdori 70 g/'l hamda eritrotsitlar soni 3,3 mln (kamligi), har xil shaklli va har xil razmerli (anizotsitoz, paykilotsitoz) eritrotsitlar borligi, mikrotsitoz ya'ni eritrotsitlarning o'rtacha razmeri kichrayganligi, nisbiy monotsitoz, limfotsitoz, eozinopeniya borligi aniqlandi.

Bu bemorlarga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.

Bu bemorlar shikoyatlarini aytib bering.

Ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar kuzatiladi.

6 masala

Bemor 24 yoshda, kasalxonada tushganda vrach tomonidan ko'zdan kechirildi va quyidagi o'zgarishlar borligini aniqladi. Teri qoplamasi va shilliq qavatlar oq sarg'ish tus olgan, yuzlari shishgan, tili to'q qizil va yaltiragan, so'rg'ichlari atrofiyaga uchraganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunterov glossiti) oqiz shilliq qavatlari va tanglay orqa tomonlari atrofiyaga uchragan, til atrofida oqiz shilliq qavatida yarachalar paydo bo'lgan hamda tishlarida karies borligi aniqlandi. Qonning rang ko'rsatkichi (1,1) giperxromiya va Jolli tanachalari, Kebot halqalari borligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.

Kasallikni etiologik omillarini sanab o'ting.

Kasallik patogenezi aytib bering.

Qondagi o'zgarishlarni aytib bering.

7 masala

Bemor 57 yoshda, jinsi ayol. vrach qabuliga kelganda quyidagilarga shikoyat qildi, holsizlik, yurak urishi, ko'ngil aynishi, hansirash, ish qobiliyatining pasayishi, ishtahaning yomonlashishi, tilining kuyishi, achishish, ba'zan ichining suyuq yoki kabziyat bilan o'tishi, uyquning yomonlashishi bezovta qilib turishini takidlagi. Bemor tekshirilganda yurishning buzilishi, oyog'larda spastik paralich, tizza reflekslari yo'qolgan, terisida anesteziya va paresteziya kuzatiladi shular bilan birga siydik qopi va to'q'ri ichak faoliyatida buzilish borligi aniqlandi. Bemor qoni tekshirilganda megaloblast hujayralar borligi va rang ko'rsatkichi giperxromligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.

Ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Laborator o'zgarishlarni aytib bering.

8 masala

Bemor yoshi ulgaygan, ambulator sharoitida vrach nevropatolog qabuliga kelganda yurishning buzilishi, oyog'larda spastik paralich, tizza reflekslari yo'qolganligi, terisida anesteziya va paresteziya borligi shular bilan birga siydik qopi va to'qri ichak faoliyatining buzilishi kuzatildi. Bemorning oqiz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda tili to'q qizil va yaltiragan, so'rg'ichlari atrofiyaga uchraganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunterov glossiti) oqiz shilliq qavatlari va tanglay orqa tomonlari atrofiyaga uchragan, til atrofida oqiz shilliq qavatida yarachalar paydo bo'lgan hamda tishlarida karies borligi aniqlandi. Qonda Jolli tanachalari va Kebot halqalari aniqlandi.

Sizning taxminiy tashxisingiz qanday.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar kuzatiladi.

Laborator o'zgarishlarini aytib bering.

9 masala

Qabulxonada kelgan bemorni vrach so'rab surishtirib bosh og'riqi, bosh aylanishi bezovta qilib turishi va ob'ektiv-teri va shilliq qavatlari sarg'ish rangdaligi hamda oqiz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda tili silliq, to'q qizil rangda, glossit borligi, shular bilan birgalikda instrumental (UTT) jigar va taloq kattalashganligi va laborator qonning rang kursatkichi 1,2, Jolli tanachalari topildi.

Bemorda taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini aytib bering.

Kasallikning etiologiyasi va patogenezini aytib bering.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.

Bemorning qonida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

10 masala.

Bemor vrach qabuliga kelganda holsizlik, yurak urishi, ko'ngil aynishi, hansirash, ish qobiliyatining pasayishi, ishtahaning yomonlashishi, tilining achishi (kuyishi) bezovta qilib turishini takidlab. Bemorning oqiz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda tili to'q qizil va yaltiragan, so'rg'ichlari atrofiyaga uchraganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunterov glossiti) oqiz shilliq qavatlari va tanglay orqa tomonlari atrofiyaga uchragan, til atrofida oqiz shilliq qavatida yarachalar payda bo'lgan hamda tishlarida karies borligi aniqlandi. Bemor qoni tekshirilganda megalotsit va megaloblast hujayralar borligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.

Kasallik rivojlanish mexanizmini tushuntirib bering.

O'tkaziladigan instrumental tekshiruvlar va qanday o'zgarishlar kutilishini aytib bering.

Nerv sistemasidagi o'zgarishlar va ta'sir mexanizmini aytib bering.

11 masala

Bemor 48 yosh, bir necha yildan buyon revmatoid artrit bilan dispanser nazoratida turadi, gripp bilan kasallangandan so'ng holsizlik, tez charchash, jismoniy zuriqishda yurak urishi bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda teri, ko'zi va boshqa shilliq qavatlarni sarg'ayishi, siydik rangining qoramtir tus olishi namoyon bo'ldi. Qondagi eritrotsitlar miqdori 3,2 mln kamligi hamda retikulotsitlar meyorga nisbatan biroz oshganligi aniqlandi. Qonning rang ko'rsatkichi o'zgarmagan.

Ushbu kamqonlik anemiyaning qaysi turiga mansub.

Kasallik rivojlanish mexanizmini aytib bering.

Palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering.

Bemor qonida, najasida, peshobida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

12 masala

Bemor kasalxonada tushganda uni davolash maqsadida qon quyildi, bu bemor ahvolini yaxshilanishi o'rniga bosh aylanishi yurak urishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, qulog'ida shovqin, ish qobiliyatining pasayishi kabi simptomlar bezovta qila boshladi va qoni tekshirilganda gemoglobin va eritrotsitlar miqdori ortish o'rniga, aksincha kamayganligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.

Kasallikning mexanizmini tushuntirib bering.

Kasallikning klassifikatsiyasini aytib bering.

13 masala

Bemor 14 yoshda, qiz bola, doimo terisi va shilliq qavatlari sarg'ayganligi tufayli ota onasi vrachga murojaat qildi va kasalxonaga yotqizildi. Kasalxonada tushganda vrach tomonidan sub'ektiv tekshiruvda doimiy bosh aylanishi hamda ob'ektiv-terisi va shilliq qavatlar sarg'ish rangdaligi va laborator eritrotsitlar 3,1 mln, eritrotsitlar shakli sferotsitar hamda instrumental tekshiruvlarda taloq razmerini kattalashganligi namoyon bo'ldi.

Bu kamqonlikning qaysi turiga mansubligini aytib bering.

Kasallik rivojlanish mexanizmini tushuntirib bering.

Kasallikning (anemiyaning) klassifikatsiyasini aytib bering.

14 masala

Bemor jinsi ayol, 36 yoshda, vrach qabuliga kelganda doimo teri qoplami va ko'rinib turgan shilliq qavatlari rangining sarg'ayganligi tufayli maslahat olish uchun keldi. Vrach sub'ektiv holsizlik, bosh aylanishi va ob'ektiv teri rangi sarg'ayganligi, laborator tekshiruvlar olib borganda eritrotsitlar soni 3,0 mln gacha kamayganligi, so'ng qonda glyukoza- 6 – fosfatdegidrogenaza fermenti kamligi, siydik rangining qoramtir tus olishi va unda gemosiderinni paydo bo'lganligi, palpatsiyada biroz jigar va ko'proq taloq kattalashganligi aniqladi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bu kamqonlikning qaysi turiga mansubligini aytib bering.

Kasallik rivojlanish mexanizmini tushuntirib bering.

Qon kasalliklarining klassifikatsiyasini aytib bering.

15 masala

Bemor vrach qabuliga kelganda doimiy bosh aylanishi, holsizlik ish qobiliyatini pasayishi, subfebril temperatura bezovta qilishini takidlad, vrach bemorni ko'zdan kechirganda terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlari sariq rangdaligini ko'rib, qon tahlilini tekshirdi va qonda gemoglobin sintezi buzilganligini hamda eritrotsitlarning shakli o'zgargan ya'ni o'roqsimon shakldaligi aniqladi.

Bemorning taxminiy tashxisini aniqlang.

Bosh suyagidagi hamda undagi rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering.

Bu kamqonlikning qaysi turiga mansubligini aytib bering.

Qon kasalliklarining klassifikatsiyasini aytib bering.

16 masala

Davriy tibbiy ko'rik vaqtida vrach bemor terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlar rangi oqimtirligini hisobga olib, bemordan sub'ektiv bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi kabi ma'lumotlarni to'plab, instrumental FGDS 12 barmoqli ichak devorida destruksiya borligini ya'ni bemorda 12 barmoqli ichak yarasi borligini inobatga olib laborator qon tahlillari o'tkazdi. Qonda gemoglobin va eritrotsitlar miqdori kamligi aniqlandi hamda najasi melena rangidaligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini aytib bering.

Bemorni ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

Organizning kompensator mexanizmlarini tushuntirib bering.

Qon tizimiga oid masalalar javob variantlari

1-a	10-d	19-b	28-a	37-c
2-c	11-a	20-a	29-b	38-a
3-a	12-d	21-a	30-b	39-d
4-c	13-a	22-a	31-c	40-a
5-d	14-c	23-c	32-a	41-d
6-b	15-c	24-d	33-c	42-b
7-a	16-d	25-a	34-d	43-b
8-b	17-b	26-b	35-a	
9-c	18-b	27-a	36-d	

Nazorat savollari .

Qon kasalliklari bilan bemorlarni so'rab surishtirish;

Qon kasalliklari bilan bemorlarni ob'ektiv tekshirish usullari;
 Anemiya haqida tushuncha va tasnifi ayting;
 Temir tanqisligi kamqonligi, etiologiyasi, patogenezi;
 Vitamin B12 va folat kislotasi etishmovchiligi kamqonligi, etiologiyasi, patogenezi;
 O'tkir qon ketishidan kelib chiqadigan kamqonlik, uning sabablari;
 Surunkali qon ketishidan kelib chiqadigan kamqonlik, uning sabablari;
 Gemolitik kamqonliklar, etiologiyasi va patogenezi;
 Orttirilgan gemolitik kamqonliklar, uning sabablari;
 Irsiy gemolitik kamqonliklar, uning sabablari;

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.
2. L.A. Kuzmin. Gematologiya detskogo vozrasta. Moskva. "MEDpress-inform" 2001 y.
3. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.
4. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b
5. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b
6. S.M. Bahromov, A.L. Alyavi, X.P. Inoyatov. Muhim kamqonliklar tashxisi va davolanishi. Toshkent. 2011 y.
7. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b
8. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b
9. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 532 b
10. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
11. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
12. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y

Qo'shimcha adabiyotlar

13. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laborotornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
14. Y.P. Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b
15. M.T. Abramova Gematologicheskii atlas M. Meditsina 1979 y. 320 b
16. A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnoz vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b
17. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988y. v dvux tomax. 973 b
18. Vuddi M i A. Uedan. "Praktika". Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
19. AbuAli Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
20. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
21. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
22. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D., Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
23. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
24. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru,
www.cardiosite.ru, www.consilium-medicum.ru.

Gemoblastozlar. O'tkir va surunkali leykozlar. Limfogranulematoz. Leykozlar simptomatologiyasi.
O'tkir va surunkali mieloleykoz va limfaleykoz.

Gemoblastozlar

Qon yaratuvchi azolarning (to'qimalarning) o'sma tabiatli kasalligi bo'lib, ikki gruppaga bo'linadi.

- A) Suyak ko'migini shikastlanishi bilan kechadigan.
- B) Suyak ko'migidan tashqi mahalliy o'sma tabiatli o'sish.

Birinchi gruppaga leykozlar va ikkinchi gruppaga gematosarkomalar kiradi. Bu ikkala patologik jarayonlar gistogenetik jihatdan bir-biriga o'xshashdir. Leykoz hujayralar suyak ko'migidan tasqarida ham o'choq hosil qilib o'sadi, gematosarkomalar esa suyak ko'migini shikastlab leykozlar kabi o'zgarishlarni ko'rish mumkin.

Gemoblastozlar quyidagi xususiyatga ega: 1) Qon ishlab chiqaruvchi a'zolari zo'rayib boruvchi giperplaziyasi yoki ba'zi hujayralarni ko'payishi proliferatsiyasi kuzatiladi, bunda hujayralar yetilmaydi va morfologik hamda funktsional xususiyatlarini yo'qotadi. 2) Leykoz hujayralarni boshqa sog' hujayralar bilan qo'shib (metaplaziya) ketishi. 3) Har xil to'qima va a'zolarida patologik qon ishlab chiqaruvchi o'choqlarni hosil bolishi. Gemoblastozlar har 100000 aholiga 2-3 ta uchrab, terapevtik kasalliklarni 2-3% ni tashkil etadi.

Klassifikatsiyasi: gemoblastozlar bo'linadi

- a) gematosarkomalar
- b) leykozlar

Gematosarkomalar:

Limfagranulematoz va limfomalar bo'linadi.

Limfomalar: yuqori differentsiatsiyalashgan limfotsitar,

Kam differentsiatsiyalashgan limfotsitar,

Yuqori differentsiatsiyalashgan gistiotsitar,

Differentsiatsiyalashmagan gistiotsitlar

Berkitt limfomasi kiradi.

Leykozlar o'tkir va surunkali bo'ladi:

O'tkir leykozlar:

Mieloblast

Limfoblast

Monoblast

Promielotsitar

O'tkir eritromieloz

Differentsiatsiyalashmagan leykoz

Surunkali leykozlar: Surunkali limfoleykoz, Surunkali mieloleykoz, Surunkali monotsitar leykoz, mielom kasalligi, Valdenstrem makroglobulinemiyasi, eritreziya, yaxshi sifatli subleykemik mieloz (mielofibroza, osteomieloskleroz) larga bo'linadi.

Etiologik omillari: kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarga biologik (DNK tutuvchi viruslar), fizikaviy (radiatsion nurlanishlar), genetik nazariya, kimyoviy kontserogenlar (3,4-benzipiren, metilxolantren va b.q.). Etiologik omillar ta'sirida suyak ko'migi hujayralarining birida xromosom mutatsiya kuzatiladi va bu o'z navbatida ko'payib, blast hujayralar klonini (boshlang'ich) hosil qiladi.

Leykozlar

Avvallari leykozlar leykemiya, deb atalar edi. Leykemiya (oq qonlik) deb, qonda oq qon tanachalari, ayniqsa etilmagan oq qon tanachalarining soni keskin ko'payib ketadigan patologik formalarga aytiladi. Leykemiyalarni leykotsitoidlardan ajratib turadigan eng muhim belgisi oq qon manzarasida yuzaga keladigan sifat xususiyatlaridir: leykemiyalarda, odatda oq qon leykotsitoidlardagiga qaraganda ancha ko'proq «yosharishi» kuzatiladi.

Leykemik leykotsitoidlardan leykemik reaksiyani farqlay olish kerak. Leykemik reaksiyalar (leykotsitoid) ham ba'zan leykoz hujayralar kabi haddan ziyod oshib ketadi, lekin bu holatda kasallik sababini davolash bularga yaxshi samaralidir va leykotsitoid oz holatiga qaytadi, shu bilan birga funktsional va morfologik xususiyatlarini saqlab qoladi.

Leykozning etiologiyasi bilan patogenesi xususida uchta fikr bor: 1) leykozlarni yomon sifatli o'smalarga yaqin turadigan patologik protsess deb qarash; 2) leykozlar asosan qon yaratuvchi to'qimalarning infeksiyasiga, aftidan virus infeksiyasiga javoban o'ziga xos reaksiyasi natijasida kelib chiqadi; 3) leykozlar qon yaratishning qanday bo'lmasin neyrogumoral o'zgarishlar tufayli alohida bir tarzda izdan chiqishi, buzilishi natijasida paydo bo'ladi. Sichqonlarda kantserogen moddalar vositasida sarkomalar paydo qilish ustidagi tajribalar leykoz yomon sifatli o'smalarga yaqin turadigan protsessdir, degan fikrning to'g'riligini ko'rsatadi; bunda hayvonlarning bir qismida leykozlar yuzaga keladi. Tovuqlarda filtrlanuvchi viruslar tufayli yuzaga keladigan leykemiyalar borligi infeksiyon nazariyani quvvatlaydi. Leykozlarning paydo bo'lishida ruhiy kechinmalar va endokrin o'zgarishlar ahamiyatga ega ekanligini ko'rsatadigan kuzatuvlar neyrogumoral nazariyaning to'g'riligini ko'rsatadi, bundan tashqari leykozlarning taloq olib tashlanganidan keyin, boshqa og'ir qon kasalliklari, masalan, agranulotsitozdan keyin paydo bo'la olishi yoki pernizioz anemiya bilan birga uchray olishi ma'lum. Patologoanatomik jihatdan leykemiyada asosan oq qon elementlarini ishlab chiqaradigan qon yaratuvchi biror to'qimaning sistemali tarzda giperplaziyaga uchrashi ko'riladi. Bu giperplaziya muayyan turdagi (leykotsitar, limfotsitar yoki monotsitar) oq qon tanachalari qaysi to'qimalarda yuzaga keladigan yoki paydo bo'la oladigan bo'lsa, organizmdagi o'sha to'qimalarning hammasiga yoyiladi, shu bilan birga muayyan tipdagi oq qon tanachalarini fiziologik sharoitlardayoq ishlab chiqaradigan to'qimalarning o'zigina emas, balki, umuman qon yaratish hodisasi bo'lmaydigan, lekin odam organizmining embrional rivojlanish davrida shu hodisa bo'lib turgan to'qimalar yoki bir qadar sodda mezenximal elementlari qon yaratuvchi o'choqlarga aylana oladigan to'qimalar ham bir vaqtning o'zida yoki bir qadar qisqa muddat ichida mana shu protsessga qo'shiladi. Shu tariqa bir to'qimalarning o'ziga yaqin bo'lgan boshqa to'qimaga aylana olishi metaplaziya deb ataladi. Leykemiya hozir oq qon tanachalarini ishlab chiqaradigan butun hujayra apparatining diffuz ravishda giperplaziyaga uchrashi tufayli kelib chiqadigan kasallikdir, deb ta'riflanadigan bo'lgani uchun uning nomi o'zgardi. Hozir, biz, bu kasalliklarni leykozlar deb ataymiz. Periferik qonda oq qon tanachalari sonining ko'payib ketishi leykoz belgisidir, xolos. Bu belgi mutlaqo bo'lmasligi ham mumkin, holbuki, ba'zi hollarda boshqa bir qancha sabablarga ko'ra kasallikni leykozlar gruppasiga kiritishimiz mumkin.

Qonda oq qon tanachalari sonining ko'p va ozligiga qarab leykozlar bo'ladi: **leykemik, subleykemik, aleykemik**. Periferik qonda leykoz hujayralarning juda ko'payib ketishi bilan birga davom etadigan leykoz leykemik leykoz deb ataladi. Periferik qonda oq qon (leykoz) tanachalari biroz ko'paysa-subleykemik va oq qon tanachalarining (leykoz) soni ko'paymasdan balki kamayishi bilan o'tadigan leykoz esa, aleykemik leykoz deyiladi.

Qon yaratish to'qimasi sistemalarining o'sib ketishidek hodisa turli elementlarga taluqli bo'lishi mumkin. Bu hodisa pirovard natijada neytrofillar, eozinofillar va bazofillarni ishlab chiqaradigan leykoblastik yoki mieloid to'qimaga tarqalishi mumkin. Bunday leykozlar mieloleykozlar deb ataladi. Mieloleykozlar leykemik va aleykemik bo'lishi mumkin. Limfotsitlarni ishlab chiqaradigan limfa to'qimaning birgina o'zi o'sib ketishi ham mumkin. Bunday leykozlar limfadenozlar deb ataladi. Ular ham leykemik va aleykemik bo'la oladi. Nihoyat, sistemalar giperplaziyasining monotsitlarni ishlab chiqaradigan retikuloendotelial to'qimalarga yoyiladigan uchinchi xili ham tafovut qilinadi. Bu kasalliklar retikuloendoteliozlar deb ataladi. Ular qonda monotsitlar tipidagi hujayralarning goho ko'p, goho kamroq ortib ketishi bilan birga o'tishi, ba'zida esa, o'sha hujayralar ko'paymagan holda kechishi mumkin.

Leykozlarni o'tkir va surunkali leykozlar, deb ikkita mustaqil gruppaga bo'linadi. Odatda biz o'tkir kasalliklarning surunkali kasalliklarga yoki ularning o'rtasida turadigan oraliq formalarga o'tishini kuzatar ekanmiz, o'tkir leykozlar o'limga olib boradi va surunkali leykozlarga aylanmaydi, kasallikning o'rtacha bo'lib o'tadigan xillari deyarli uchramaydi.

O'tkir leykozlar

O'tkir leykozlar qon yaratuvchi a'zolarining o'sma tabiatli kasalligi bo'lib, periferi qonda voyaga yetmagan hujayralarni yani blast, II-III qator hujayralarni paydo bo'lishi bilan kechadi. Aksariyat holatlarda o'tkir mieloblast 50-60%, limfoblast 20-30% leykozlar va 10-15% boshqa varianlari uchraydi. O'tkir leykozlar o'zini to'xtovsiz voyaga yetmagan blast hujayralarni ko'payishi (proliferatsiyasi) bilan kechadi va keyinchalik rivojlanishdan (voyaga etishdan) to'xtaydi hamda boshqa a'zo (organ) larga patologik qon yaratish ochog'i hosil qilishi (metaplaziya) bilan boshqa kasalliklardan ajralib turadi. Asosan erkaklar va

ayollar 20-30 yoshlarda kasallanib, 1,5-2-3 oy yashaydilar, yaxshilab davolansa 1-2 ko'pi bilan 5 yil yashaydilar.

O'tkir leykozning boshlanishi o'tkir yuqumli kasalliklarga o'xshab ketib, tanasining temperaturasi dastlabki kunlardan 39—40° gacha ko'tariladi va, keyin, 1—1,5° ga pasayib, shu raqamlar atrofida turadi. Bemorning umumiy ahvoli keskin o'zgargan bo'ladi. Shunisi ham borki, qon yaratuvchi to'qima va qonda o'zgarishlar ertaroq, o'tkir aleykemiya xususida ma'lum bo'lganidek, isitma protsessi boshlanmasdan oldin ham avj olsa ajab emas. O'tkir leykozlar odatda shiddat bilan o'tadigan va murakkab klinik manzarani beradi. Mieloid to'qima (o'tkir mieloz) yoki limfa sistemasi (o'tkir limfadenoz) reaksiyaga kirishganiga qarab, o'tkir leykozlar orasidan har xil turlarini ajratsa bo'ladi. O'tkir leykoslarda odatda bevosita retikuloendotelial to'qimaning, shuningdek yanada soddaroq, diferentsiatsiyalanmagan mezenxima elementlarining reaksiyasiga (o'tkir gemotsitoblastoz) bog'liq bo'lgan uchinchi turi ham ayniqsa ko'p uchraydi. Aksariyat gap mieloid yoki gemotsitoblastik tur ustida boradi, holbuki o'tkir limfaleykemiya istisno sifatida uchraydi, xolos. Oq qonni tekshirish o'tkir leykemiyaning ayrim turlarini ajratib olishga imkon beradi. Oq qon tanachalarining umumiy soni 200000, hatto 300 000 gacha ko'payishi mumkin, lekin ko'pincha har qalay o'rtacha miqdorda—1 mm³ da 20 000—30000 gacha ko'payishi ko'riladi. Ba'zi kasallarda oq qon (leykoz), nuqul, deyarli mieloid qator hujayralaridan iborat bo'ladi, shunda ham ular orasida mieloblastlar (95% gacha) ustun turadi, shunday qilib, mieloblastlar bilan yetuk leykotsitlar o'rtasida oraliq formalar ko'pincha bo'lmaydi (hiatus leucaemicus yoki leykemik uzilish). Bunda mieloblastlar ba'zan kichkina bo'ladi (mikromieloblastlar) va, umuman, limfotsitlarga juda o'xshab ketadi. Mieloblastlarning yadrolari limfotsitlarning yadrolariga qarshi o'laroq, har holda ancha nozik strukturali xromatin turiga ega bo'ladi, shuningdek 4 dan to 6 gacha yadrochasi bo'ladi. Mieloid elementlar naftol va dimetilparafenilendiamin bilan bo'yalganda oksidazaga musbat reaksiya beradi, holbuki limfotsitlar manfiy reaksiya beradi. Hozir aytib o'tilgan fermentga qo'yiladigan reaksiyaning bir qadar diferentsiatsiyalangan mieloid hujayralardagina (promielotsitdan boshlab) ko'rinishini, talaygina mieloblastlar, xususan ularning eng yoshlari esa, oksidazaga musbat reaksiya bermasligini aytib ketish kerak. Bu gap benzidin bilan peroksidazaga qo'yiladigan reaksiyaga ham taluqlidir. Modomiki shunday ekan, hujayralarning mieloid qatorga aloqadorligini aniqlash ma'nosida olinganda oksidazaga (va perioksidazaga) qo'yilgan reaksiyaning faqat musbat chiqishi ahamiyatga ega, reaksiyaning manfiy chiqishi esa tekshirilayotgan oq qon elementlarining tabiatan ko'mik elementlariga aloqadorligini hali inkor etmaydi.

Gemotsitoblastik o'tkir yoki uncha o'tkir bo'lmagan leykozda qonda diferentsiatsiyalanmagan bir talay yosh qon hujayralari (gemotsitoblastlar) topiladi. Juda kam uchraydigan o'tkir limfadenozda qishda katta limfotsitlar ko'p bo'ladi, bularning eng yoshlari odatda limfoblastlar, deb ataladi. Mieloblastlardagidan farqli o'laroq, ular yadrosidagi xromatin turi ancha dag'al bo'ladi, yadrochalari bo'lmaydi, yadrosi atrofida membrana yorug' zo'rg'a bilinib turadi (perinuklear zona). Ayni vaqtda talaygina oddiy leykotsitlar, shuningdek loviyasimon yadroli limfotsitlar va limfoid tipidagi plazmatik hujayralar ham uchraydi. O'tkir leykoslarda ko'pchilik hollarda qizil qon tanachalarining soni kun sayin kamayib boradi. Qondagi plastinkalar miqdori kam tez kamayadi. Kasallar juda oqarib ketadi. Terisi va shilliq pardalarida petexiyalar va qontalashlar paydo bo'ladi. Milklari, tomog'i, burni, ichki organlaridan qon ketish holatlari kuzatiladi. O'tkir leykoslarda taloq, limfa tugunlari va jigarda yuzaga keladigan klinik belgilar uncha yaxshi bilinmaydi, surunkali leykoslarda esa, odatda ular ochiq oydin ko'rinish turadi.

Patologoanatomik tekshirganda terisi va ichki a'zolar kamqon, terisida, tanglayda, og'iz bo'shligida, mindalinalarida va boshqa organlarda nekrotik yaralar, qon quyilishlar ko'rish mumkin. Limfa tugunlari, jigar, taloq kattalashgan gistologik tekshirganda bu a'zolar va suyak ko'migida punktatida blast hujayralar haddan ziyod ko'pdir.

Klinikka kasallik birdaniga gektik tipdagi isitma bilan boshlanib, bemotlar ko'p terlash, varaja, holsizlik, suyaklarda og'riqlar bezovta qilib mijja qoqmaydilar. Ko'pincha bemorlar tomoqdagi og'riqlarga, og'riq tufayli yutinishning qiyinligi kabi simptomlar bezovta qilib, nekrotik angina deb davolanadilar va ularni qonlari va suyak ko'migidan analiz olib tekshirilganidan keyingina leykoz hujayralar topilib tashxis aniqlanadi. Ko'p miqdorda blast hujayralarini o'lishi yoki parchalanishi munosabati bilan purin moddalar ajralib chiqadi, aynan shularni pirogen ta'siri bemorlarda isitma, ko'p terlash, qaltirash kabi simptomlar keltirib chiqaradi. Ba'zi bir avtorlar isitmani ikkilamchi infektsiya bilan bog'lashadi, chunki leykoz bilan kasallanganlar immuniteti susaygan bo'ladi, blast hujayralar o'z vazifasini bajara olmaydi. Ba'zan kasallik sekin asta umumiy holsizlik, ish qobiliyatini pasayishi, bosh og'riqlari holsizliklar bilan boshlanib, keyin

birdaniga avj olib ketadi va boshqa simptomlar ham qo'shiladi. Suyak ko'migida giperplaziya (metaplaziya) jarayoni kechib anemiya, trombositopeniya vujudga keladi va ularni ham klinik belgilari yuzaga chiqqan boshlaydi.

Bemorlarning terilarida, markaiy nerv sistemasida, tuxumdon, sut bezi va boshqa azolarida leykemik infiltratlar paydo bo'ladi. Bosh miyada leykemik infiltratsiya hosil bo'lishi bu bemorlarda insult yoki boshqa nevrologik simptomlarni hosil bo'lishiga sabab bo'ladi. Leykemik infiltratlar qaysi azoga paydo bo'lsa, shu azolar kasalliklari simptomatikasi yuzaga chiqadi.

Bemorlarni ko'zdan kechirish: kasallik boshlanishidan bemorlar og'ir ahvolda bo'lib, xotirasi o'zida e'las, terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlar rangpar bo'lib, sariq tovlanadi, terisi nam, teri tarangligi susaygan, teri osti va ichida qon quyilish izlarini ko'rish mumkin. In'ektsiya qilingan va jgut bog'langan joylarda qon quyilish izlari "jgut simptomi" qoladi. Bemorlar terilarida yotoq yaralar va nekroz o'choqlar paydo bo'ladi. Limfa tugunlari kattalashganligi ko'zga tashlanib turadi. Ko'pincha o'mrov usti, iyak osti limfa tugunlari kattalashadi. Bu limfoblast leykozlar uchun ko'proq xarakterlidir. Mediastinal limfa tugunlari kattalashishi hisobiga yo'tal, hansirash kabi klinik simptomlar bezovta qilib turadi. Mezenterial limfa tugunlari kattalashganda qorin sohasida og'riq paydo bo'ladi.

Og'iz bo'shlig'idagi ozgarishlar-eng avvalo og'iz bo'shlig'ida ya'ni shilliq qavatda, tanlayda, mindalinalarda nekrotik yaralar paydo bo'ladi. Bu yaralar milklarning leykemik infiltratsiyasidan so'ng rivojlanadi. Og'iz bo'shlig'ida yarali nekrotik gingivit, stomatit, anginalar rivojlanadi. Nekrotik yaralarni boshqa yaralardan farqi shuki, yuzasi kulrang yoki sariq tovlanadi, bu nekrotik yuzalarni ostida qon oquvchi yaralarni ko'ramiz. Bemorlar og'iz bo'shlig'idan chirigan hid kelib turadi.

Palpatsiya va perkussiya bemorlar limfa tugunlari harakatchan, qattiq va og'riqsizdir, bir-biri bilan tutashib ketmagan. Limfa tugunlari jigar, taloq kattalashadi, yurak chegaralari kengaygan. Auskultatsiyada anemiya va distrofik o'zgarishlar rivojlanganligi tufayli taxikardiya, yurak uchida sistolik shovqin eshitiladi. Bemorlarda perikardit, plevritning klinikasi rivojlanadi.

O'tkir leykoslarni differentsiatsiya qilish uchun ko'mikni tekshirish katta ahamiyatga ega. O'tkir mielozda ko'mik punktatida mieloid elementlar topiladi, holbuki o'tkir limfadenozda limfatik, retikuloendoteliozda — retikuloendotelial elementlar topiladi. Ba'zan bunday vaqtda hammadan yosh hujayralar — gemotsitoblastlar ko'riladi.

Bemorlar qonidagi o'zgarishlar qonda asosan haddan ziyod ($100 \times 10^9/l$, $200 \times 10^9/l$) leykotsitlar soni ortib ketadi, asosan blast hujayralar hisobiga. Blast hujayralar hammasi ham bir-biriga o'xshash bo'ladi, ularni ajratish uchun maxsus tsitoximik reaksiya orqali aniqlanadi. Hujayralarni qaysi soni ko'p bo'lsa shu nom bilan ataladi (o'tkir limfoblast, o'tkir mieloblast, o'tkir monoblast va h.k.). Bu hujayralarning yadro va tsitoplazmasida deffekt (nuqson) bo'ladi. Asosan 90-95 ba'zanda 99% gacha blast hujayralar bo'ladi. Ko'pchilik holatlarda bemorlar qonida yosh va etuk hujayralar bo'lib, oraliq shakllari bo'lmayda, buni leykemik o'pirilish deb ataladi. Eozinofillar, bazofillar bo'lmayda, anemiya, trombositopeniya kuzatiladi. Qonning ivish xususiyati buzilgan bo'ladi, ECHT oshadi. Anemiya, trombositopeniyaning sababi leykopoez hujayralarning, eritropoez hujayralar ornini egallab olishidir.

Suyak ko'migi punktatida 80-90% leykozli blast hujayralar aniqlanadi va qolgan qator hujayralar o'rnini ham egallab olgan bo'ladi.

Kechishi-bemorlar aahvoli ogir bo'lib, zo'rayib, og'irlashib boruvchi kasallikdir. Bemorlar asosan birinchi kunlari yoki 1,5- 2 oylarda, vaqtda juda yaxshi davolansa 1-2 hatto 5 yilgacha yashashi mumkin.

Davosi o'tkir leykoz (yarim o'tkir leykoz) oqibati yomon, davo faqat vaqtincha naf beradi (gidrokortizon, prednizolon, antibiotiklar, eritrotsitar va leykotsitar massalar quyish). Tsitostatiklar (merkaptopurin, vinkristin, metotrekat va b.q), gemorragik asorotlar oldini olish uchun (vikasol, kaltsiy xlorid, aminokapron kislota). Hozirgi kunlarda suyak ko'migi transplantatsiyasi yo'lga qo'yish nazarda tutilmoqda. Davolash asosan mutaxassislashgan gematologiya bo'limlarida amalga oshiriladi.

Surunkali leykoslalar

Mieloz; Yaxsi sifatli subleykemik mieloz qon ishlab chiqaruvchi a'zo kasalliklari orasida mustaqil o'sma kasalligi hisoblanadi. Bu kasallikda suyak ko'migida voyaga yetgan hujayralarni 3 shaklini ko'rish mumkin (granulotsit, trombosit, eritrotsit). Suyak ko'migida miyeloid hujayralar giperplaziyasi (mieloz), biriktiruvchi to'qima o'sadi (miyelofibroza), patologik osteoid hujayralarni o'sma hujayralarga (osteomieloskleroz) o'tishi

kuzatiladi. Shuning uchun ham kasallikni birlamchi osteomiyelofibroz deb yuritiladi, chunki surunkali mieloleykozda, rakning suyak ko'migida metaztazi natijasida yuzaga keladi.

Mieloz (myelosis)ning patologoanatomik manzarasi. Ko'mikning leykoblastik to'qimasi hisobiga juda kattalashib ketganligini ko'rsatadi. Ko'mik kulrang-yashil tusga kirib qoladi (yiringsimon «pioid» ko'mik). Taloq bir necha baravar kattalashadi. Taloq follikulalari shu kadar kichik bo'lib qoladiki, ko'zdan kechirilganda bilinmaydigan bo'lib qoladi. Pulpasi aksincha, juda kattalashib ketadi, unda ko'mik (mieloid) to'qimasi o'sadi. Mieloid to'qima o'choqchalari jigar, bazan esa limfa tugunlari, buyrak va boshqa organlarni to'ldirib qo'yadi. Ichak shilliq pardalarida bu o'choqchalar ba'zan yemirilib, yara paydo qiladi. Ilkdagi eritroblastik to'qima mieloid to'qima tomonidan siqilib, atrofiyalanadi. **Mielozning klinik manzarasi** leykemik va aleykemik xillarida turlicha bo'ladi.

Asosan yoshi o'tgan odamlar kasallanadilar va yillar davomida hech qanday shikoyat qilmaydilar. Kasallik zo'rayib borishi natijasida holsizlik, terlash, discomfort va ovqatlangandan so'ng qorinda noxush holatlar yuzaga keladi, ba'zan boshlang'ich davrida bosh og'rig'i, boshida noxush holat, yuzini qizarishi, terisining qichishi kuzatiladi. Taloqning kattalashib ketishi uning ikkala xiliga ham uchrab barvaqt simptomlari jumlasiga kiradi. Taloq hech qachon mielozdagidan katta bo'lmaydi. Mielozda taloq qorin bo'shlig'ining 2/3 qismini egallab olishi va chanoq suyaklarining qirralariga qadar tushishi mumkin, taloq o'z ustidagi qorin qoplag'ichlarini ko'tarib, ko'pincha ko'zga tashlanib turadi. Paypaslab ko'rilganda qo'lga qattiq va yuzasi silliqdir. Odatda jigar ham kamroq darajada bo'lsada bir qadar kattalashadi, gepatosplenomegaliya kuzatilib, portal gipertenziya belgilari namoyon bo'ladi. Limfa tugunlari, aksincha, kam va bilinar bilinmas darajada kattalashadi.

Leykemik mielozda qondagi oq qon tanachalari soni juda ko'payib ketadi — 1 mm³ qonda necha yuz minggacha (va xatto milliongacha) etadi. Normal oq elementlardan neytrofillar nihoyatda ko'payadi; eozinofillar bilan bazofillar soni ham ko'paygan bo'ladi. Limfotsitlarga kelganda, mielozlarda ularning nisbiy miqdorlari nihoyatda kamayib ketgan bo'ladi; limfotsitlar absolyut miqdorlarga aylantirib hisoblanadigan bo'lsa, normal raqamlar kelib chiqadi. Monotsitlar xususida ham shunday bo'ladi. Oq qon tanachalari orasida mieloid qatorning yetilmay qolgan bir talay formalari — metamielotsitlar, mielotsitlar, promielotsitlar va mieloblastlarning paydo bo'lishi kasallikning eng muhim belgisi hisoblanadi. Neytrofil mielotsitlar soni ayniqsa ko'p bo'ladi (20—40%), biroq, ba'zan eozinofil mielotsitlar ham, bazofil mielotsitlar ham ancha ko'payadi. Kasallikning surunkali hollarida mieloblastlar oq qon xujayralarining umumiy miqdoriga nisbatan 1—2% miqdorida uchraydi, kasallik boshlangan davrlarda bu xujayralar bo'lmasligi mumkin.

Qizil qon kasallik boshlangan paytda o'zgarmaydi. Kasallik avjiga chiqqan paytda eritrotsitlar bilan gemoglobin miqdori kamaya boshlaydi va ogir davrlarida keskin anemiya yuzaga keladi. Qondagi trombotsitlar miqdori avval ko'p bo'lsada gemorragik sindromlar yuzaga keladi, shu tufayli portal va mezenterial tomirlar trombozi kuzatiladi, keyin kamayadi. Periferik qonda ahiyon-ahiyonda megakariotsitlar uchraydi. Ko'pchilik kasallarda remittirlovchi qilib turadigan isitma ko'riladi. Leykemik isitma oq qon tanachalarining yoppasiga halok bo'lishi natijasida kelib chiqadi, deb hisoblanadi. Purin asoslari va fosforiga boy bo'lgan leykotsitlarning yemirilishi munosabati bilan mielozda yon bilan siydikda urat kislota va fosforli birikmalar miqdori ko'payib ketadi. Kasallikning oxirgi davrida gemorragik diatez simptomlari yuzaga keladi. Bundan tashqari, ba'zan nekrotik angina paydo bo'ladi, bu angina yuqorida tasvir etilgan allergiyada yuzaga keladigan anginaga o'xshash bo'ladi. Kasallikning o'tishi zo'rayib boradi. Kasallik bir yildan o'n yilgacha, o'rtacha to'rt yil cho'ziladi. Kasallikning terminal bosqichlarida isitma, anemiyani kuchayishi, gemorragik sindromni kuchayishi bo'lib, to'qimalarda mieloz sarkomalarga aylanib ketadi. Aleykemik surunkali mieloz ancha kam uchraydi. Leykemik xilidan shu bilan farq qiladiki, bunda qondagi oq qon tanachalari miqdori ko'paymaydi. Ko'mik, taloq va boshqa organ hamda to'qimalarda yuzaga keladigan o'zgarishlar esa, tabiatan mieloid leykemiya ko'riladigan o'zgarishlar bilan bir xil bo'ladi. Ba'zan faqatgina splenomegaliya kasallikning birdan-bir belgisi bo'lib xizmat qiladi, jigar ham kattalashgan bo'ladi.

Qon manzarasini diqqat bilan takror-takror tekshirib ko'rish diagnoz uchun juda katta ahamiyatga ega. Garchi bu kasallikda oq qon tanachalarining umumiy miqdori ko'paymagan bo'lsada, ularning tarkibi odatda o'zgargan bo'ladi; tipik hollarda ancha ko'p miqdorda mielotsitlar, shuningdek mieloblastlar uchraydi. Punktda shu elementlar ko'p miqdorda topilsa, ko'mikni tekshirish yoki ma'lum hollarda diagnozga yordam berishi mumkin. Lekin, ba'zan ko'mik shaklli elementlarga kambag'al bo'lib chiqadi, holbuki taloqni punktsiya qilinganda mieloid to'qima ochaglari topiladi. Bunday hollarda ko'miqda qon yaratilishining kamayishiga javoban vikar reaksiya tariqasida ekstramedulyar mieloid ochaglar yuzaga keladi, deb faraz qilish ham mumkin.

Surunkali mieloleykoz

Surunkali mieloleykoz (myeloleukosis chronika) biroz ko'proq uchraydigan leykoz turiga kirib, mielopoez hujayralardan kelib chiqadi. Bu kasallik uchun suyak ko'migida mielopoez giperplaziya xarakterli va ma'lum rivojlanish bosqichida mieloid hujayralar yetilishdan to'xtaydi, taloq, jigar, limfa tugunlari va boshqa organlarda myeloid metaplaziyasi kuzatiladi. Miyeloid hujayralarni kariologik tekshirganda ko'pincha bir-biriga o'xshash filadelfiya (Ph) xromosomalarini ko'rish mumkin. Surunkali mieloleykozni hamma yoshda uchratish mumkin, ko'pincha 20-45 yoshlarda. Bu kasallik suyak ko'migining granulotsitar (metamielotsitlar, tayoqcha yadroli, segment yadroli granulotsitlar) hujayralarni ishlab chiqaruvchi qatorni, shuningdek trombotsitar va eritrotsitar kurtakning zararlanishi bilan yuzaga chiqadi. Kasallikning klinik manzarasi uch bosqichda (boshlang'ich, rivojlangan va terminal) kechadi:

Boshlang'ich bosqich yashirin kechadi va simptomatikasi deyarli rivojlanmagan bo'ladi shuning uchun ham kasallik tasodifan qon tekshirilayotgan vaqtda topiladi yoki asosiy belgilar rivojlangan bosqichda kuzatiladi.

Tarqalgan shakli kasallikning klinik belgilarini yuzaga chiqishi bilan namoyon bo'ladi.

Patologik anatomiyasi. Ichki a'zolar rangpar, anemik, taloq kattalashgan, qattiq, ko'proq unda ishemik infartni ko'rishimiz mumkin. Mikroskopik ko'rilganda uning folikulalari ko'rinmaydi, myeloid hujayralarni diffuz o'sishini ko'rishimiz mumkin. Jigar kattalashgan, jigar kapilyarlari yo'li bo'ylab myeloid o'sishlarni ko'rishimiz mumkin. Limfa tugunlari biroz kattalashadi, kesib ko'rilganda kulrang qizil tovlanadi, boshqa organlar qatori myeloid hujayralarni ko'rish mumkin. Suyak ko'migi to'q qizil yoki kulrang qizg'ish tovlanadi, naysimon suyaklarda sariq suyak ko'migini leykoz hujayralar siqib qo'yadi. Qizil suyak ko'migini asosan miyeloid elementlar tashkil qiladi, bular qancha ko'p bo'lsa shuncha diferentsiallashtirilmagan elementlar bo'ladi.

Klinikasi. Bemorlar umumiy darmonsizlik, chap qovurg'a ostida og'irlik va og'riq sezish, ko'p terlash, subfebril isitma ba'zan $37,5-39^{\circ}\text{C}$, tez charchash, milklarning qonab turishidan shikoyat qiladilar. Tekshirib ko'rilganda taloqning anchagina kattalashganligi (taloq ham suyak ko'migi singari miyeloid metaplaziyaga uchraydi) va juda kattalashib chanoqqacha tushadi: ko'ndalangiga 40 sm gacha, og'irligi 7 kg gacha yetadi, shuning uchun chap qovurg'a ostida taloq kapsulasi cho'zilishi munosabati bilan og'ruq va og'irlik sezadilar, bu og'riqlar chap biqin, chap elkaga beriladi, chuqur nafas olish aktida kuchayadi. Taloqda infart rivojlansa og'riq nafas olish aktida kuchayadi. Qorinning kattagina qismini egallaydi, limfa tugunlar ham kattalashadi, teri qoplamlari oqarib ketadi, bemor oriqlaydi. Mieloid to'qima giperplaziyasi tufayli suyaklarda og'riq paydo bo'ladi. Ichki a'zolarida myeloid infiltratlar bo'lishi munosabati bilan hazm trakti tomonidan dispeptik holatlar namoyon bo'ladi, o'pka va plevra infiltrati natijasida yo'tal bo'ladi. Terminal davrda anemiya natijasida hansirash, gipoproteinemik shishlar paydo bo'ladi va trombositopeniya natijasida gemorragik asoratlar yuzaga keladi.

Jigar ham kattalashadi. Leykemik infiltratlar hosil bo'lishi munosabati bilan yurak sohasi og'irishi, aritmiyasi, o'pkada pnevmoniya (ikkilamchi infeksiya tufayli) rivojlanadi.

Kasallikning terminal davrida bemorning ahvoli birdaniga yomonlashib, ko'p terlash, tana harorati ko'tarilishi, suyaklar va bo'g'imlarda kuchli og'riq paydo bo'ladi. Bu davrda gemorragik sindrom belgilari namoyon bo'ladi. O'smali o'sish jarayoni suyak ko'migidan tashqarida tarqaladi. Bosh va orqa miya, nerv koreshoklari shikastlanishi munosabati bilan nevrologik simptomlar yuzaga chiqadi. Nerv chigallarida (koreshok) leykemik infiltratlar bo'lib, radikulyar og'riqlar paydo bo'ladi. Teri osti infiltratlari kuzatiladi, limfa tugunlarida sarkomali o'sishlar bo'ladi. Shilliq qavatdagi infiltratlar, ulardagi nekrotik yaralarga va qon quyilishlarga olib keladi. Terminal davrda infeksiya asoratlar rivojlanib bemorlar o'limiga sabab bo'ladi.

Bemorlarda; gemorragik, anemik, infeksiya, toksik, nevrologik va boshqa sindromlar belgilari yuzaga chiqadi.

Bemorlar ko'zdan kechirilganda uning holatiga baho beriladi va kasallik stadiyalari aniqlanadi. I- bosqich-boshlang'ich, II- bosqich rivojlangan va III- bosqich distrofik. Oxirgi bosqichida bemorlarda kaxeksiya kuzatilib, jigar va taloqning kattalashganligi munosabati bilan qorin kattalashadi. Bemorlar terisi oqimtir yoki yer rangiga tovlanadi, terisi nam, oyoqlarda shish paydo bo'ladi.

Og'iz bo'shligi ko'zdan kechirilganda og'iz shilliq qavatida gingivitlar, stomatitlar, leykemik infiltratlar tufayli qon quyilishlar, qon ketishlar va nekrozlar, nekrotik anginalar ko'rishimiz mumkin.

Palpatsiyada limfa tugunlarini, taloq va jigarni kattalashganini ko'ramiz, taloq kichik chanoqqacha tushadi. Jigar va taloq qattiqlashgan, taloq nekrozida og'irli bo'ladi, Bosganda va perkussiya qilinganda suyaklarda og'riq bo'ladi. Taloq va jigar ustidan auskultatsiya o'tkazilganda qorin parda ishqalanish shovqini eshutiladi.

Qon tekshirilganda miyeloid qatordagi leykotsitlarning yetilmagan shakllari, promielotsit, metamiyelotsit, miyelotsitlar topiladi, leykotsitlar miqdori anchagina ko'payadi (teykositoz 300-600/10M gacha), to'sh suyagi punksiya qilinganda miyelotsit va promielotsitlarning katta miqdori aniqlanadi. Anemiya, trombositopeniya qayd qilinadi. Kasallik to'lqinsimon, vaqti-vaqti bilan takrorlanib turadigan xuruj va remissiya bilan kechadi.

Surunkali miyeloleykozning quyidagi klinik-gematologik turlari farq qilinadi: **leykemik** (leykotsitlar miqdorining anchagina oshganligi va periferik qonda ko'p sonli donador elementlar paydo bo'lishi qayd qilinadi), **subieykemik** (leykotsitlar miqdorining o'rtacha oshishi va qon formulasidagi miyelotsitlar va promielotsitlar paydo bo'lgunga qadar siljish bilan), **aleykemik** — osteomielofibroza (leykotsitlar miqdori normal yoki hatto pasaygan va periferik qonda yetilmagan hujayralar yo'q) formalari. Osteomielofibroza to'sh suyagini punksiya qilish va punktatni tekshirishning katta ahamiyati bor: ko'p sonli miyeloblastlar va promielotsitlar topiladi (normal suyak ko'migida miyeloblastlar miqdori ko'p emas). Qondan surtma qilib ko'rilganda bir-biriga o'xshash xromasomalari filadelfiya xromasomalari kuzatilishi bilan birga 95-97 % granulotsitlar qator hujayralarni ko'ramiz. Bular orasida yetuk bo'lmagan miyelotsit, promielotsitlar hatto promieloblastlar ko'p, xuruj davrida yosh shakllari haddan tashqari oshib ketadi. Qonda faqat yosh hujayralar – miyeloblastlar va kamroq yetuk granulotsitlar – tayoqcha yadroli va segment yadroli, oraliq shakllari uchramaydi (leykemik proval). Bazofillar, eozinofillar mazokda uchrab turadi. Mazokdagi 4-5% bazofillar miyeloleykozni tasdiqlaydi. Limfotsitlar, monotsitlar kamayadi 3-0,5% gacha. Leykotsitoz yuqori bo'ladi. Qizil qon tanachalari II-III bosqichda o'zgarib anemiya kuchayadi. Hemoglobin tushib ketadi, rahg ko'rsatkichi 0,8 atroflari bo'ladi. Terminal bosqichda anemiya, trombositopeniya va EChT 50-70 mm/s bo'ladi. Surunkali miyeloleykozning atipik turlari ham kuzatiladi: eozinofil miyeloleykoz, periferik qonda asosan atsidofil granulotsitlar bo'lishi (eozinofliya) bilan xarakterlanadi (qariyb 75%) va bazofil miyeloleykoz (periferik qonda bazofillar miqdori ko'p). Eng og'ir asorati — ko'p qon oqishi bilan o'tadigan gemorragik diatez.

Klinik belgilaridan tashqari surunkali miyeloleykoz tashxisini qo'yishda ko'miqda Filadelfiya xromosomasini aniqlash hal qiluvchi rol o'ynaydi.

Davolash. Kasallikning rivojlangan bosqichida o'sma hujayralari miqdorini kamaytirish maqsadida asosan ximioterapiya bilan davolanadi tsitostatiklardan miyelosan (mileran, bisulfan) kuniga 2, 4, 6 mg dan beriladi. Leykotsitlar soni $15 \cdot 10^9/l$ ga yetganda miyelosan kichik miqdorda haftada 1-3 marta 2 mg dan beriladi. Miyelobromol kuniga 250 mg dan, 6-merkaptopurin kuniga 100-150 mg dan beriladi. Ko'rsatilgan dorilar yaxshi natija bermaganda va kasallikning terminal bosqichida poliximioterapiya tayinlanadi (VAMP, SVAMP va b.). Splenektomiya, nur bilan davolash, leykotsitoforez qo'llash mumkin. Infektsion, gemorragik kamqonlik asoratlarini davolash lozim (antibiotiklar, garmonlar, qon oqishini to'xtatuvchi dorilar, qon quyish). Bemorga jismoniy va ruhiy osoyishtalik, yetarlicha antiseptik sharoitlarni yaratish va uni vitaminlarga boy oziq moddalar bilan ovqatlantirish kerak.

Bemorlar doimiy dispanser nazoratida bo'ladilar.

Kasallikning kechishi – kuchayib boruvchi, qisqa muddatli remissiya bilan. Bemorlarni o'rtacha hayot kechirishi 2,5-3 yil, uzog'i bilan 10 yilgacha, agarda yaxshi davolanib yursa. O'limga anemiya, ikkilamchi infeksiya va gemorragik asoratlar olib keladi.

Surunkali limfoleykoz

Surunkali limfoleykoz limfoid (immunkompetent) to'qimalarning yengil kechadigan o'sma tabiatli kasalligidir. Surunkali limfoleykoz asosan keksa yoshli va yoshlar orasida kamroq uchraydigan kasallik. O'sma hujayralarining asosiy morfologik substrati voyaga yetgan limfotsitlardir. Bular asosiy qismi ko'p miqdorda limfa tugunlarida, suyak ko'migida, jigar va taloqda o'sadi va shu azolarda to'piladi. Bu kasallik yengil kechib, o'smali o'sish belgilari kuzatilmaydi, shuning ushuni ham qon yaratuvchi a'zolari yaxshi sifatli o'sma kasalliklari guruhiga kiradi.

Patogenezi. Surunkali limfoleykozda organizmda ko'p miqdorda B limfotsitlar yashash muddati uzayishi hisobiga to'planib qoladi va shu bilan ajralib turadi. Limfotsitlarning sonini sekin asta oshishi munosabati bilan limfoid a'zolari, limfa tugunlari, taloqni kattalashganini ko'rishimiz mumkin. Suyak ko'migida normal qon yaratishni izdan chiqarib qo'yadi. Surunkali limfoleykozda B limfotsitlar o'z vazifasini bajara olmaydi, shu munosabat bilan qon zardobida hujayralar yuzasiga immunoglobulinlar miqdori kamayib ketadi. Bularda limfoleykoz bilan kasallangan bemorlarda o'z navbatida antitana (antitelo) hosil bo'lish jarayoni buziladi (susayadi) va yuqumli kasalliklar rivojlanish jarayonlari kabi asoratlar rivojlanishiga olib keladi.

Qon hujayralarini ishlab chiqarish o'rniga (normal taraqqiyot yo'lidan) ko'plab limfotsitlar ishlab chiqish yo'liga o'tadi, shuning uchun ko'mikning limfatik metaplaziyasi rivojlanib, granulotsitar hujayralar o'rnini deyarli butunlay limfotsitar hujayralar egallaydi. Bemorlarda granulotsitopeniya, anemiya va trombositopeniya rivojlanadi. Anemiya bilan bog'liq bo'lgan gipoksiya natijasida yurak, jigar, buyrakda va boshqa ichki a'zolarda distrofik va degenerativ o'zgarishlar yuzaga keladi. Trombositopeniya gemorragik diatezga olib keladi. Kattalashgan limfatik tugunlar (ko'pincha katta xaltalar holida) va to'qimalarning infiltratlari qo'shni a'zolarni, nerv yo'llari va tomirlarini qisib qo'yadi.

Patologik anatomiyasi. Kattalashgan qattiq limfatik tugunlar aniqlanib, kesilganda ular och kulrang bo'ladi. Gistologik tekshirilganda limfatik tugunlarda, ko'miqda, taloqda, jigar va boshqa ichki a'zolarda limfoid to'qimaning diffuz giperplaziyasi aniqlanadi. Surunkali limfoleykozning uch turi qayd qilinadi: leykemik, subleykemik va aleykemik.

Klinikasi. Kasallik sekin rivojlanib, klinik simptomlari yaxshi rivojlanmaydi, shuning uchun ham ko'pincha profilaktik ko'rik vaqtlarida yoki tasodifan tekshiruv vaqtida aniqlanadi. Kasallik sekin asta holdsizlik, tez charchash, ko'p terlash hamda ozib ketish, peritraxéal va peribronxial limfa tugunlari kattalashishi hisobiga yo'tal, hansirash bezovta qiladi, yuqori kovak venasi siqilishi natijasida dimlanish belgilari bezovta qiladi.

Bemorlar ko'zdan kechirilganda periferik limfa tugunlari kattalashganini ko'rishimiz mumkin, asosan bo'yin, qo'ltiq osti, o'mrov osti, bo'yin, chov sohasi limfa tugunlari kattalashadi shular bilan birgalikda mediastinal va qorin parda orqasi tugunlari ham kattalashadi. Mediastinal limfa tugunlari kattalashuvi ko'ks oralig'i organlarini qisib qo'yadi va uni simptomlari yuzaga chiqadi, yo'tal, hansirash, yuqori kovak venasi siqilishi natijasida dimlanish belgilari yuzaga keladi. Qorin bo'shlig'i limfa tugunlari kattalashishi natijasida darvoza va ichaklar venalarini qisilishi va ularni belgilari namoyon bo'ladi. Periferik limfa tugunlarini palpatsiya qilganda yumshoq, teriga va bir-biri bilan tutashmagan, og'riqsiz. Taloq juda kattalashgan, og'riqsiz va ko'pincha jigar ham kattalashadi. Meda – ichak tizimi trakti tomonidan leykemik infiltrat yuzaga chiqishi munosabati bilan ich suyuq o'tishi kuzatiladi, bu ichaklarda limfa tugunlarini gruppaga bo'lib kattalashishi munosabati bilan yuzaga chiqadi. Teridagi o'zgarishlar spetsifik va nospetsifik bo'ladi. Surunkali limfoleykozda **nospetsifik o'zgarish** bu terida ekzeme, eritrodermiya, pufakchali va psoriatic toshmalardir, **spetsifik o'zgarishlar** bu so'rg'ich va so'rg'ich osti qavatida leykemik infiltratlar (Sezar sindromi) yuzaga keladi. Bu infiltratlar o'choqli va tarqoq bo'lishi mumkin. Gumoral immunitetning susayishi munosabati bilan organizm rezistentligi pasayib tez-tez kasalliklarga chalinib turadilar ayniqsa o'pkasi, siydik ajratish tizimi yallig'lanib turadi va angina abtsess, septik holatlar namoyon bo'ladi.

Surunkali limfoleykozning yaxshi sifatli va yomon sifatli, splenomegalik, suyak ko'migi, teri (sindrom Sezari) va cheklangan limfa tugunlarni kattalashuvi kabi shakllari mavjud. Yaxshi sifatli shakli limfa tugunlarning tarqoq kattalashuvi, uncha rivojlanmagan gepatosplenomegaliya va qonning leykemik o'zgarishi bilan kechadi. Infektsion asorot va autoimmun buzilishlar kam hollarda kuzatiladi. Bundan tashqari, kasallikning quyidagi atipik kechish turlari kuzatiladi:

1. O'smali. Yomon sifatli shakli yomon kechishi va kattalashgan qattiq limfa tugunlar hamda konglomerat hosil qilishi, yuqori leykotsitoz, gemopoezning so'nishi va tez-tez infeksiyon asorotlar bilan kechadi.

2. Splenomegalik shaklida qorin bo'shlig'i limfa tugunlari kattalashishi mumkin va tez va kuchayib boruvchi anemiya kuzatiladi.

3. Suyak ko'migi qonning leykemik o'zgarishi, anemiya, trombositopeniya gemorragik sindrom bilan.

4. Teri (sindrom Sezari) terida leykemik infiltrat, eritrodermiya bilan kechadi.

5. Cheklangan limfa tugunlarni mediastinal, qorin, bo'yin va b.q. kattalashuvi bilan kechadi hamda ular simptomatikasi namoyon bo'ladi.

6. Tomoq va burun atrofida o'suvchi diffuz limfatik surunkali limfoleykoz.

7. Oshqozon-ichak variantida limfomatoz o'sishlar oshqozon va ichakning shilliq qavatida bo'lib, dispeptik o'zgarishlar bilan kechadi.

Og'iz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda gingivit, stomatit, nekrotik yaralar og'iz shilliq qavatida, nekrotik anginalar, abtsesslar rivojlanadi, septik holat yuzaga chiqadi.

Qondagi o'zgarishlar. Kasallikning leykemik turida katta leykositoz (200-300-10 VI gacha) rivojlanib, ularning 80-90% ini yetilgan limfotsitlar tashkil qiladi, prolimfotsitlar 3-4%, limfoblastlar 1-2% ga teng bo'ladi. Neytrofillar 4-5% ni tashkil qiladi. Kasallik boshida qizil qonda o'zgarishlar yo'q, keyinchalik anemiya rivojlanadi, trombositlar soni kamayadi. Qon surtmasida shikastlangan limfotsitlar — **Botkin-Gumprecht**

tanachalari topiladi. Subleykemik turida leykotsitlar soni 2 ($10^9/l$, ga teng, aleykemik turida leykotsitlar soni ko'payadi (6-8- $10^9/l$). To'sh suyagi punksiya qilinganda ko'mikning limfatik metaplaziyasi aniqlanadi. Ayniqsa, kasallikning aleykemik turida bu tekshirish hal qiluvchi ahamiyatga ega. Chunki periferik qonda o'zgarishlar bo'lmagan holda ko'mikda limfotsitlar soni 20-30% dan ortiq bo'lib, ba'zi hollarda 60-90% ni tashkil qiladi.

Kasallikning kechishi. Surunkali limfoleykozning kechishi uch bosqichi qayd qilinadi. **Birinchi**, boshlang'ich davri nisbatan uzoq (ba'zi bir kasallarda 2-3 yil) bo'lib, bemor ahvoli qoniqarli bo'lgan holda limfatik tugunlar, taloq va jigarning kattalashganligi, qondagi va ko'mikdagi kasallikka xos o'zgarishlar tasodifan aniqlanadi. **Ikkinchi**, kasallikning zo'rayish davrida limfatik tugunlar, jigar va taloq yana ham kattalashib, qondagi o'zgarishlar kuchayib, anemiya va trombotsitopeniya rivojlanadi, quvvatsizlik, tez-tez terlash, haroratning ko'tarilishi qayd qilib, gemorragik o'zgarishtar kuzatiladi. Autoimmun jarayon rivojlanadi. **Uchinchi** bosqich — terminal bosqich bo'lib, bunda infeksiyaga chidamsizlik rivojlanadi. Kasallikning kechishida kuchayish va remissiya davrtari kuzatiladi. Leykozning bu turida bemor surunkali miyeloleykozga nisbatan ish qobiliyatini ko'p yo'qotmaydi. Ammo kasallikning og'ir turlari kuchli anemiya bilan kechib, bemorni 1-2 yil ichida o'limga olib kelishi mumkin.

Tashxisi. Kasallikning klinik belgilari, qondagi, ko'miqdagi o'zgarishlar hal qiluvchi rol o'ynaydi. Surunkali limfoleykoz qiyosiy tashxisi quyidagi kasalliklar bilan qilinadi: infeksiyon kasalliklardagi limfositoz (bolalarda), infeksiyon mononukleoz, limfatik tugunlar sili, limfogranulematoz va limfosarkoma.

Surunkali limfoleykozda leykotsitozni yuqori bo'lishi bilan kechadi, ba'zanda bu kamroq namoyon boladi. Mutloq va nisbiy limfatsitoz bo'lib, asosan 80-90% etuk limfotsitlar hisobiga, 5-10 %ni prolimfotsitlar tashkil qiladi. Surunkali limfoleykoz uchun xarakterlisi shuki mazok taxlayotgan vaqtda bu hujayralar tez parchalanadi va ko'p miqdordagi yarim parchalangan yadro qoldiqlarini ko'rish mumkin-bularni Botkin Gumprecht tanachalari deb yurinishi. **Oqibati.** Leykoslarning hamma turidagi kabi inson hayoti uchun kasallikning oqibati yomon. Og'ir asoratlardan autoimmune jarayonlar yuzaga chiqadi ya'ni o'zini hujayralariga qarshi antitana ishlab chiqariladi, ko'proq autoimmun gemolitik kamqonliklar yuzaga keladi. Buning klinik ko'rinishlari asosan umumiy ahvolini yomonlashishi, tana harorati oshishi, teri qoplamini engil sargayishi bilan namoyon bo'ladi. Ba'zan limfoleykoz gematosarkomaga tibbiy ketishi mumkin bu vaqtda limfositoz neyetrofilyoz bilan almashinadi va bemorlar ahvoli og'irlashadi.

Davolash. Bemorlarni davolash quyidagi yo'nalishlarda olib boriladi.

1. O'smaning o'sish jarayonirini kamaytirish maqsadida ximioterapevtik va tsitostatik (leykeran (xlorambutsil) tsiklofosfan, degranol, fotrin) davo o'tkaziladi.
2. Autoimmun gemolitik anemiyani davolash uchun gormonal dorilar (glikokortikoidlar) qo'llaniladi, splenektomiya tavsiya qilinadi.
3. Kasallikning infeksiyon asoratlarni davolash maqsadida antibiotiklar beriladi.
4. Tananing himoya kuchlarini oshirish maqsadida retabolil, vitaminlar, γ -globulin.
5. Splenektomiya taloq haddan tashqari kattalashgan va funktsiyasi oshgan bo'lsa.
6. Nur bilan davolash-taloq va limfa tugunlarni nurlatish.

Kasallik avj olgan davrda ximioterapiya qo'llaniladi. Xlorambutsil (leykaran) kuniga 10-15 mg dan 4-6 hafta davomida, siklofosfan kuniga yoki kunora 200-600 mg dan venaga yoki mushaklar orasiga 4-6 hafta davomida, degranol kun ora 50-75 mg dan venaga 5-10 marla yuboriladi. Gormonlar gemolitik kamqonlik va trombotsitopeniya paydo bo'lganda tayinlanadi. Kasallik terminal bosqichlarida, og'ir kechganda poliximioterapiya o'tkaziladi. Kattalashgan limfatik tugunlar, taloq nur bilan davolanadi. Leykoforez (bir necha seans) o'tkazish mumkin.

Prognosi bemorlar davolanib tursalar 20 yillar ba'zanda ko'proq ham yashashkari mumkin. O'lim infeksiyon va gematosarkomaga transformatsiyasi natijasida yuzaga keladi.

Limfagranulematoz (Xodjkin kasalligi)

Limfagranulematoz yomon sifatli limfomalar gruppasiga kiruvchi sistemali kasallikdir. Limfa tugunlari, taloq va boshqa to'qimalarni spetsifik o'smali shikastlab qo'yishi bilan ajralib turadi. Gematosarkomalar orasida eng ko'p limfagranulematoz uchraydi. 1832 yilda bu kasallik bo'yicha birinchi bo'lib Angliyalik vrach Xodjkin yozib chiqadi. Bu kasallik periferik limfa tugunlari, taloqni kattalashishi va tana haroratini ko'tarilishi va bemorlarni ozishi (kaxeksiya) bilan kechadi. Kasallikni boshlanishi bitta limfa tugundan boshlanib keyinchalik bu boshqa limfa tugunlarni va ichki a'zolariga limfogen hamda gematogen tarqaladi.

Kasallikni kelib chiqishi birlamchi o'choqdan limfagen metaztaz yo'li orqali rivojlanadi. Balkim limfogranylematoz gistotsit o'smalaridandir, bularga xromasom nabori buzilishi kuzatiladi (Melburn xromosomalari).

Patologik anatomiyasi. Limfagnulematozdan o'lgan bemorlarni tekshirilganda kesilgan limfa tuguni kulrang – oq tovlanadi va biriktiruvchi to'qima o'sganligini ko'rish mumkin. Taloq kesilganda tekislangan granitga o'xshab ketadi. Limfa tugunlarida gistologik quyidagi o'zgarishlarni, yirik retikulyar limfa tugunlari proliferatsiyasi, ularga plazmatik hujayralarni bo'lishi, eozinofillar, sklerozga uchragan qismlarni ko'rishimiz mumkin. Limfagnulematozda gigant hujayralar ya'ni Berezovskiy – Shternberg hujayra 1-2-3 yadroli hujayralarni ko'ramiz, bu hujayralar yirik bo'lib giperxromdir. Limfagnulematoz hujayralarning meda, ichak, jigar va boshqa a'zolariga o'sishini ko'rishimiz mumkin.

Kasallikning 4 bosqichi farq qiladi:

I-mahalliy ya'ni 1 yoki 2 limfa tuguni zararlanadi.

II-regionar limfa tugunlarni 2 yoki undan ko'p tugunlar kattalashishi, diafragmaning bir tomoni tugunlari kattalashadi.

III-limfa tugunlarining tarqoq kattalashishi, diafragmaning ikkala tomoni tugunlari kattalashadi.

IV-(disseminirlangan) yuqoridagi o'zgarishlar bilan birga, jigarda, plevrada, suyak ko'migida va boshqa ichki a'zolar tugunlari kattalashadi. Har bir bosqich A va B kichik gruxga bo'linadi. A da o'zgarish bo'lmasligi mumkin va B da isitmani 38 C° oshishi, teri qichishi, ozish va kechqurungi terlashlar bezovta qiladi.

Klinikasi. Klinikasi kasallikning bosqichlariga bog'liq bo'ladi.

I bosqichda (mahalliy) kasallikning simptomlar yuzaga chiqmasada bir yoki bir necha limfa tugunlari (L/T) kattalashadi. Ko'proq bo'yin va o'mrov usti L/T kattalashadi, konsistentsiyasi qattiq elastic, atrofidagi to'qimalarga va bir-biriga birikmagan, og'riqsiz.

II-bosqichida (regionar) ham simptomatika rivojlanmagan bo'lsada bo'yin, o'mrov usti, qo'tiq osti L/T kattalashadi va bir-biri bilan, atrofdagi toqimalar bilan tutashadi, qattiq konsistentsiyali va konglomeratlar hosil qiladi. 10-15 % bemorlarda umumiy simptomatika yuzaga keladi. Holsizlik, ish qobiliyatini pasayishi, terlash, terisining qichishi, tana harorati ko'tarilishi bezovta qilib turadi. Bronxlar, plevra atrofi L/T kattalashsa Bronx va o'pkaga ta'sir qilib quruq yo'tal, hansirash bezovta qiladi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda tsianoz, bo'yinda qo'llarda shish, terida vena tomirlari L/T qisishi natijasida kengayadi.

III-bosqichda (tarqoq) asosan ko'roq terisining qichishi, tana haroratini oshishi hatto 2-3 hafta davom etadi. Taloqning kattalashishi hamma vaqt ham kuzatilavermaydi. Periferik L/T va ichki a'zolar atrofidagi L/T kattalashadi.

IV bosqichda (disseminirlangan) barcha simptomlar bilan birga u yoki bu organ shikastlanishi va etishmovchiligida yuzaga keladigan simptomlar bezovta qiladi. Bu bosqichda plevrada (serroz-fibrinoz, serroz gemorragik) suyuqlik to'planishi mumkin. Jigar shikastlansa, organ kattalashadi, teri va shilliq qavatlar rangi sarg'ayadi, jigar fermentlari faolligi va miqdori oshadi. Ichaklar shikastlansa palpatsiyada og'riqli, ichi suyuq o'tishi, so'rilish jarayonini buzilishi namoyon bo'ladi. Buyrak shikastlansa nefrotik sindrom yoki glomerulonefrit klinikasi yuzaga chiqadi. III-IV bosqichlarda koproq infeksiyon (virusli, zamburug'li, tuberkulyoz va h.k.) asorotlar yuzaga chiqadi. Ba'zi bemorlarda autoimmun gemolitik kamqonliklar yuzaga chiqadi. **Bunday bemorlar ko'zdan kechirilganda** periferik L/T kattalashgan, bir-biriga, atrofidagi to'qimalarga tutashgan, og'riqsiz, yiringlamaydi. Kattalashgan L/T tomir, nervlarni bosib (venalar kengayishi, tsianoz, Ortner va h.k. simptomlari) qo'yadi. **Laborotor o'zgarishlar.** Qonda neytrofil leykotsitoz, chapga siljish bilan, limfotsitopeniya, EChT oshishi, eozinofiliya, trombositopeniya, retikulotsitoz va Kumbs sinamasi musbat. IV bosqichda suyak ko'migi shikastlangandan so'ng Berezovskiy-Shternberg hujayralari topiladi. Qondagi bioximik o'zgarishlar alfa-2 globulin, fibrinogen, **gipogammaglobulinemiya** kuzatiladi. Asosiy tashxis gistologik va morfologik tekshiruvlardan so'ng qo'yiladi.

Davolash stadiyasiga bog'liq holda olib boriladi. I-II bosqichida radikal nur terapiya o'tkaziladi. III-IV bosqishida ximioterapiya muolajalari olib boriladi. Nur terapiya olib borilganda faqat zararlangan tugunlarga emas balki zararlanishi mumkin bo'lgan (Yaqin joylashgan) L/T lar ham nurlantiriladi. Davo kursi 3-4 haftada 3500-4000 rad, bu dozani ko'p zararlangan tugunlarni bir martaga va uni atrofidagi tugunlar keyingi kursda nurlatiladi yoki yuqori dozalarda ham shikastlangan va shikastlanmagan L/T larga birgalikda nur berish mumkin. III-IV bosqichdagi tarqalgan shakllari asosiy davolash metodi ximioterapiya bo'lib, kombinatsiya shaklida (mustargen 10-15 v/v 100-200mg (embixon), prokarbazin (natulan 200-300 ichga va v/v 5-7mg), onkovin (vinkristin 0,5-2 v/v, 6-10mg) va prednizolon (20-100 per os yoki v/v 5-7 mg) uni analoglari beriladi

(MOPP). Kombinatsiya davolashda nur va ximioterapiya yoki nur va jarrohlik usul kombinatsiyada ishlatish mumkin. Nitrozametilmochevina-300-400 v/v, 3000-3500 mg, 1,3 bis-xloretilnitrozomochevina -100, v/v, 2000mg, Bleomitsin 15-30 v/v, 300-400mg, Bruneomitsin 20-40 per os yoki v/v, 3000-4000mg, Vinkristin 0,5-2 v/v, 6-10mg, Vinblastin 5-10 v/v, 50-200mg, Leykeran 15-20 per os, 500-1000mg, Tsiklofosfan 200-1000 v/v, boshqa preparatlar bilan kompleksda, Dopan 8-12 per os, 100-200mg.

Prognosi radikal nur terapiya bilan davolangan bemorlarni 90 % da limfagranulematoz retsidiv bermaydi. III-IV bosqichlarda ximioterapiyadan so'ng qoniqlik holatda 3 yilgacha kechadi.

Kechishi. Kasallik zo'rayib boradi va xuruj hamda remissiya bilan kechadi, anemiya va kaxeksiya zo'rayib boradi. Limfa tugunlar kattalashib ichki a'zolari siqib qo'yadi. Bemorlar yaxshilab davolanib yursalar 3-8 yilgacha yashashlari mumkin va hatto undan ham ko'p yashaganlar mavjud.

Test savollari

1. Leykoz nima?

- a) organizmda gemopoetik funksiyasining sussyayishi
- b) eritrotsitlarning ortiqcha parchalanishi
- c) qon yaratuvchi hujayralar giperplaziyasi, proliferatsiyasi
- d) trombositlarning kamayishi

2. O'tkir leykoz nima?

- a) yetuk hujayralardan iborat bo'lgan o'sma
- b) yosh blast hujayralardan tashkil topgan qonning o'sma tabiatli kasalligi
- c) limfoid apparatning reaktiv giperplaziyasi
- d) ko'mik funksiyasining sussyayishi

3. Surunkali mieloid leykoz nima?

- a) ko'mikning mieloid giperplaziyasi
- b) qon yaratuvchi hujayralar giperplaziyasi
- c) proliferatsiya hujayralarning ustun kelishi
- d) eritrotsitlarning ortiqcha parchalanishi

4. Gipersplenizm bu-

- a) Taloq funksiyasining kuchayishi
- b) Taloq o'lchamining kattalashuvi
- c) Taloq o'lchamining pasayishi
- d) Taloq funksiyasining pasayishi

5. Bu kasallik negizida suyak ko'migi, taloq, limfa tugunlari zararlanishi yotadi

- a) anemiya
- b) Limfaadenit
- c) Folat kislata etishmasligi
- d) Leykoz

6. Bu kasallik suyak ko'migining granulotsitar, eritrotsitar, trombositlar kurtagina zararlanishi bilan yuzaga chiqadi bu...

- a) Surunkali mieloleykoz
- b) Surunkali kamqonlik
- c) Irsiy anemiya
- d) Aplastik kamqonlik

7. Gemorragik sindrom bilan kechadigan kasallik

- a) Temir tanqislik anemiyasi
- b) O'tkir leykoz
- c) Vit B12 tanqislik anemiyasi
- d) Gemolitik anemiya

8. Kasallik diagnozida qon surtmasida Gumprecht tanachalari topilishi kuzatiladi

- a) O'tkir mieloblast leykozda
- b) O'tkir limfoblast leykozda
- c) Surunkali limfoleykozda
- d) Surunkali mieloleykozda

9. Kasallikning og'ir turlari kuchli anemiya bilan kechib bemorni 1-2 yil ichida o'limiga olib keladi

- a) Gemorragik diatez
- b) Gemofiliya
- c) Anemiya
- d) Surunkali limfoleykoz

10. Leykoformulada blast hujayralar 30 % dan oshgan, glikogen sinamasi musbat anemik sindrom belgilar qaysi kasallik hisobidan rivojlangan

- a) O'tkir limfoblastli leykoz
- b) O'tkir va surunkali mieloblastli leykoz
- c) Surunkali mieloleykoz
- d) Surunkali limfoleykoz

11. Leykoformulada blast hujayralar 30 % dan oshgan, peroksidaza sinamasi musbat anemik sindrom belgilari qaysi kasallik hisobidan rivojlangan

- a) O'tkir va surunkali limfoblastli leykoz
- b) O'tkir mieloblastli leykoz
- c) Surunkali mieloleykoz
- d) Surunkali limfoleykoz

12. Leykotsitlar miqdori $176,0 \times 10^9 / l$, leykoformulada limfotsitlar 76 % anemik sindrom belgilari qaysi kasallik hisobidan rivojlangan

- a) Surunkali limfoleykoz
- b) O'tkir limfoblastli leykoz
- c) O'tkir mieloblastli leykoz
- d) Barcha leykoz uchun xos

13. Leykotsitlar miqdori $189,0 \times 10^9 / l$, leykoformulada promielotsit, mielotsit, metamielotsit hujayralar oshgan anemik sindrom belgilari qaysi kasallik hisobidan rivojlangan

- a) Surunkali mieloleykoz
- b) O'tkir limfoblastli leykoz
- c) O'tkir mieloblastli leykoz
- d) Surunkali limfoleykoz

14. Leykotsitlar miqdori $200,0 \times 10^9 / l$, leykoformulada limfotsitlar 90 % anemik sindrom belgilari qaysi kasallik hisobidan rivojlangan

- a) O'tkir limfoblastli leykoz
- b) Surunkali limfoleykoz
- c) O'tkir mieloblastli leykoz
- d) Surunkali mieloleykoz

15. Leykotsitlar miqdori $200,0 \times 10^9 / l$, leykoformulada promielotsit, mielotsit, metamielotsit hujayralar oshgan anemik sindrom belgilari qaysi kasallik hisobidan rivojlangan

- a) O'tkir mieloblastli leykoz
- b) O'tkir limfoblastli leykoz
- c) Surunkali mieloleykoz
- d) Surunkali limfoleykoz

16. O'tkir mieloblastli leykoz nima?

- a) qon yaratuvchi hujayralar giperplaziyasi, proliferatsiyasi
- b) eritrotsitlarning ortiqcha parchalanishi
- c) gemopoez funksiyasining sussayishi
- d) mielotsitar qator hujayralardan rivojlangan o'sma tabiatli kasallik

17. Leykoz qaytalanishini oldini olish uchun o'tkaziladigan muolaja...

- a) Ignaterapiya
- b) Suyak ko'migi transplatatsiyasi
- c) Immunoterapiya
- d) Doimo davolanib turishi lozim

18. Qonda leykoz hujayralarni juda ko'payib ketishi ...leykoz deb aytiladi

- a) Leykemik

- b) Subleykemik
- c) Aleykemik
- d) Barcha javoblar to'g'ri

19. Qonda leykoz hujayralarni biroz ko'payib ketishi ...leykoz deb aytiladi

- a) Leykemik
- b) Subleykemik
- c) Aleykemik
- d) Barcha javoblar to'g'ri

20. Qonda leykoz hujayralar ko'paymasdan balki kamayib ketishi ...leykoz deb aytiladi

- a) Leykemik
- b) Subleykemik
- c) Aleykemik
- d) Barcha javoblar to'g'ri

21. Leykozning rivojlangan bosqichida kasallik qanday klinik ko'rinishlar bilan namoyon bo'ladi

- a) Anemiya, gemorragiya, infeksiya, nekrotik angina, stomatit va h.k.
- b) Burundan qon ketish
- c) Zamburug'li kasalliklar
- d) Qon bosimini tushib ketishi

22. Ob'ektiv ko'ruvda surunkali mieloleykoz uchun xarakterli belgi

- a) Anemiya
- b) Gipertermiya
- c) Pnevmoniya
- d) Splenomegaliya

23. Qaysi qon kasalligida taloq hajmi kattalashib og'irligi 7 kg gacha bo'ladi

- a) Surunkali miyeloleykoz
- b) O'tkir limfoleykoz
- c) Surunkali limfoleykoz
- d) O'tkir mieloleykoz

24. bemorni paypaslaganda taloq kichik chanoq sohasigacha kattalashgan bu qaysi kasallikka xos

- a) anemiya
- b) limfagranulematoz
- c) Surunkali miyeloleykoz
- d) eritremitiya

Gemoblastozlardan muammoli masalalar

1 masala

Jinsi erkak bo'lgan 22 yoshli bemor vrach qabuliga olib kelinganida ahvoli og'ir holatda, shikoyati tomog'ida og'riq borligi, umumiy holsizlik, isitma, ko'p terlash, suyaklarda og'riq, ish qobiliyatining pasayishi, qaltirrash (sovuq qotish) bezovta qilishini aytib berdi. Bemorning ko'zdan kechirganda limfa tugunlari kattalashganligi hamda qoni tekshirilganda shakllanmagan mieloblast hujayralar borligi, leykotsitlar miqdorining 100 ming ekanligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlar kuzatilishi mumkin.

Palpator va perkutor, auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorning qonidagi o'zgarishlarini aytib bering.

2 masala

Bemor 27 yosh, jinsi erkak vrach qabuliga kelganda ko'zdan kechirilganda terisi rangpar, sariq tovlanadi, terisida qon quyilishlar, nekrotik o'zgarishlar ko'zga tashlanadi, oqiz bo'shlig'i va shilliq qavatlarda nekrotik yaralar paydo bo'lishi, yarali nekrotik gingivit, stomatit, angina bo'ladi, limfa tugunlar kattalashganini ko'rishimiz mumkin, bemor qonida mieloblast hujayralar borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni aytib bering

3 masala

Bemor 19 yoshda. Jinsi ayol, vrach qabuliga kelganda RW uchun qon olindi va jgut simptomi musbatligi ko'zga tashlangandan so'ng, mukammal ob'ektiv tekshirganda badanda toshmalar borligi, sub'ektiv doimiy subfebril isitma bezovta qilishi kabi ma'lumotlar to'plandi hamda UTT tekshiruvida taloqning kattalashganligi, laborator tekshiruvlar o'tkazilgandan keyin o'tkir mieloblast leykoz deb tashxis qo'yildi.

Bemorning shikoyatlarini aytib bering.

Bemorda ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlarni ko'rishimiz mumkin.

Palpator, perkutor va auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorning qonidagi o'zgarishlarni aytib bering.

4 masala

Bemor 26 yoshda, jinsi erkak. Vrach qabuliga kelgan bemor ahvoli o'rtacha og'irlikda, shikoyati tomog'ida tez tez og'riq bo'lib turishini, umumiy holsizlik, isitma, ko'p terlash, suyaklarda og'riq, ish qobiliyatining pasayishi, qaltirash (sovuq qotish) bezovta qilishi uchun otolaringolog vrachiga murojaat qildi. Bemorning qoni tekshirilganda shakllanmagan limfoblast hujayralar borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlar kuzatilishi mumkin.

Palpator va perkutor, auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorning qonidagi o'zgarishlarini aytib bering.

5 masala

Bemor 24 yosh, jinsi ayol, homilador 21 hafta, vrach akusher - ginekolog qabuliga kelganda ko'zdan kechirildi va terisi rangpar, sarg'ish tovlanadi, terisida qon quyilishlar hamda nekrozga uchragan sohalarni ko'rishimiz mumkin, oqiz bo'shlig'i va shilliq qavatlarida nekrotik yaralar paydo bo'lishi, yarali nekrotik gingivit, stomatit, angina bo'ladi, limfa tugunlar kattalashganini aniqlandi va RW uchun qon olindi. Jgut simptomi musbatligini ko'rib, bemor qoni tekshirildi va limfoblast hujayralar borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni aytib bering

6 masala

Vrach profilaktik tibbiy ko'rik o'tkalayotgan vaqtda bemor uzoq vaqtdan buyon isitma qilishini va kuchayib (zo'rayib) boruvchi holsizlik, charchash va terlashini aytib berdi, shular bilan birga suyaklarida og'riq bo'lishi va ba'zanda chap qovurg'a ostida noxush holat va og'riq borligiga shikoyat qildi. Bemorda kariologik tekshiruv olib borganda filadelfiya xromasomalari borligi aniqlandi.

Bu bemorga qanday taxminiy tashxis kuyish mumkin.

Bemorni ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.

Palpator va perkutor o'zgarishlar qanday.

Qaysi instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar kutish mumkin.

Qon tahlilida qanday o'zgarishlar ko'ramiz

7 masala

Vrach qabuliga kelgan bemor ko'zdan kechirilganda bemor kaxektsiyaga uchragan, qorinlari shishgan, terisi nam, rangi oqargan, sarg'ish rang tovlanadi, oyog'larida shish bor, terilarida, teri ostida qon quyilishlar, toshmalar, oqiz bo'shlig'ida, mindalinalarida nekrotik yaralar borligi, gingivit va stomatit borligini, limfa tugunlarni kattalashganligini ko'rishimiz mumkin. Terisida qon talashlar bo'lib, qoni tekshirilganda leykotsitlar soni asosan mielotsitlar, promielotsitlar hisobida ko'payganligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Palpator va perkutor o'zgarishlarini ayting.

Qondagi o'zgarishlarni ayting.

Kariologik o'zgarishlarni ayting.

8 masala

Vrach qabuliga kelgan bemorni tibbiy ko'rikdan o'tkalayotgan vaqtda bemor o'zini uzoq vaqtdan buyon isitma qilishini va zo'rayib boruvchi holsizlik, tez charchash va terlashini aytib berdi shular bilan birga suyaklarida og'riq bo'lishi va ba'zanda chap qovurg'a ostida noxush holat va og'riq borligiga, limfa tugunlarini kattalashganligiga shikoyat qildi. Vrach bemorni obdon ko'zdan kechirib qon tahlili tasiya etildi va limfotsitlar

sonining haddan tashhari ko'payganligi va 90-95% voyaga etgan hujayralar ekanligi aniqlandi hamda Botkin - Gumprecht soyasi borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.

Palpator va perkutor o'zgarishlar qanday.

qon tahlilida qanday o'zgarishlar ko'ramiz

9 masala

Ambulator qabulga kelgan bemor vrach tomonidan ko'zdan kechirilganda bemor kaxeziyaga uchragan, qorinlari shishgan, terisi quruq, rangi oqargan, oyog'larida shish bor, terilarida, teri ostida qon kuyilishlar, toshmalar, oqiz bo'shlig'ida, mindalinalarida nekrotik yaralar borligi, gingivit va stomatit borligini, limfa tugunlarni kattalashganligini ko'rishimiz mumkin. Terisida qon talashlar bo'lib, qoni tekshirilganda leykotsitlar soni haddan tashhari asosan limfotsitlar hisobida ko'payganligi aniqlandi. Shular bilan bir qatorda Botkin-Gumprecht soyasi borligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Palpator va perkutor o'zgarishlarini ayting.

Qondagi o'zgarishlarni ayting.

10 masala

Bemor 47 yoshda, jinsi ayol, vrach qabuliga kelganda holsizlik, terlash, ish qobiliyatining pasayishi, badanning qichishi, bo'yin sohasi va umrov osti sohalarida shish borligi, tana haroratining ko'tarilishiga shikoyat qildi.

Limfa tugunidan biopsiya olinganida ko'p yadroli Berezovskiy-Shternberg hujayralari topildi. Bemorning qonida rang ko'rsatkichi 0,67 gipoxromiya, eritrotsitlar 2,5 mln ya'ni anemiya, neytrofil leykotsitoz, eozinofiliya, trombositopeniya va EChT yuqoriligi aniqlandi (50-70 mm/s).

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

Palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday natija kutish mumkin.

11 masala

Vrach qabuliga kelgan bemorni ko'zdan kechirganda periferik limfa tugunlarini kattalashganligini va ularni bir - biri bilan tutashib ketganligini, badanda qashilgan izlar borligi va badanning ba'zi bir joylari ko'karganligi ko'zga tashlandi. Bemorning limfa tugunidan, suyak ko'migidan olingan surtmalarida ko'p yadroli Berezovskiy-Shternberg hujayralari topildi.

Bemorning taxminiy tashxisini aniqlang.

Bemorning shikoyatlarini sanab o'ting.

Palpator, perkutor o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorning qonida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

Gemoblastozlar test savollari javob variantlari

1-c	7-b	13-a	19-b
2-b	8-c	14-b	20-c
3-a	9-d	15-c	21-a
4-a	10-a	16-d	22-d
5-d	11-b	17-b	23-a
6-a	12-a	18-a	24-c

Nazorat savollari

Gemoblastozlar qanday kasallik;

O'tkir leykozlar qanday kasallik;

Surunkali leykozlar qanday kasallik;

Limfogranulematoz qanday kasallik;

O'tkir va surunkali mieloleykoz to'g'risida tushuncha bering;

O'tkir va surunkali limfaleykoz to'g'risida tushuncha bering;

Limfogranulematoz to'g'risida tushuncha bering;
O'tkir va surunkali mieloleykoz ko'zdan kechirishning diagnostik ahamiyati;
O'tkir va surunkali limfaleykoz ko'zdan kechirishning diagnostik ahamiyati;
Limfogranulematoz bilan kasallangan bemorlarni ko'zdan kechirish va tekshirish usullarining diagnostik ahamiyati;

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.
2. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.
3. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b
4. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b
5. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b
6. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b
7. U.B. Sharopov, F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b
8. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 532 b
9. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
10. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
11. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
12. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y

Qo'shimcha adabiyotlar

13. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laborotornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
14. Y.P.Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b
15. M.T. Abramova Gematologicheskiy atlas M. Meditsina 1979 y. 320 b
- 16.A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnoz vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b
17. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988 y. v dvux tomax. 973 b
18. Vuddi M i A. Uedan."Praktika". Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
19. AbuAli Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
20. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
21. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
22. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D., Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
23. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
24. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru.,
www.cardiosite.ru., www.consilium-medicum.ru..

Biriktiruvchi to'qima kasalliklari. Sistemali qizil bo'richa, sistemali sklerodermiya, sistemali dermatomiozit, tugunchali periarteriit, revmatoidli poliartrit.

Sistema qizil yugirigi (volchankasi)(SKV) biriktiruvchi to'qima sistemasining doirasidagi tabiatan surunkali sistemali autoimmun yallig'lanish kasalligi bo'lib, barcha ichki a'zolarining (teri, bo'g'im, o'pka, yurak, buyrak, hazm tizimi, jigar, asab tizimi va h. k.) zararlanishi hamda tomirlarning zararlanishi va ularning devorlarida fibrinoid to'planib borishi hamda qonda aylanib yuradigan va keng doirada ta'sir ko'rsatadigan autoantitelolar, xususan antiyadro antitelolari hosil bo'lishi bilan ta'riflanadi. Asosan 80% bemorlar 30 yoshgacha kasallanib, 80-90% ayollar kasallanadilar. 1875 yilda M. Kaposhi yuz sohasida burun ustidagi toshma kapalak sindromi bilan birga ichki a'zolari shikastlanishini yozadi. 1895 yilda B. Osler teri zararlanishi bilan artritlarni yozadi. 1948 yilda LE hujayralari topiladi. Shuning uchun ham sistemali kasallik deb yuritiladi.

Etiologiyasi va patogenez. Polietilogik kasaallik bo'lib, 10% irsiy omillar rol o'ynaydi va qarindoshlar orasida uchraydi, organizmni emlashdan keyin, biror bir yuqumli kasallikka chalingandan keyin, biror bir dori moddalari (5-aminosalitsilat kislota, xloraksin, gidrolazin, izoniazid, fenilbutazon, tetratsiklin, gipotiazid va boshqa diuretiklar), viruslar ta'sirida ham kelib chiqadi. SKV chaqiruvchi maxsus viruslar topilmagan bo'lsada, viruslar trigger rolini o'ynab, o'zgargan immun tizimi bilan organizmda kasallikni qo'zg'atib yuboradi. SKV bilan kasallangan bemorlarda T-supressor miqdori pasayib ketadi va hujayra yadrosiga va DNKga qarshi antitanalar miqdori oshib ketadi. Etiologic omillar ta'sirida shikastlangan to'qimalar shakli o'zgaradi va organizm ularga qarshi antitanalar ishlab chiqaradi. Bu holatdan shuni bilish mumkinki organizmda o'zining hujayralariga qarshi autoantitanalar hosil bo'lib, immunokompleks shikastlanishga olib keladi. Bemor organizmida hosil bo'ladigan auto-antitelolar har xil nishonlar bilan: hujayralarning yadrolari, lizosomalar, mitoxondriyalar, qonning ivituvchi omillari, trombotsitlar, eritrotsitlar va boshqalar bilan reaksiyaga kirisha oladi. Antiyadro antitelolar o'zlarining nishonlari qanaqaligiga qarab to'rt guruhga bo'linadi: DNK ga ta'sir o'tkazuvchi antitelolar, gistonlarga ta'sir qiladigan antitelolar, RNK ga birikkan oqsillarga ta'sir qiladigan antitelolar, yadrocha antigenlariga ta'sir o'tkazadigan antitelolar.

Yadro antitelolari sistema qizil yugirigi uchun spetsifik deb hisoblansa ham DNK organizmning o'z yadrolari DNK siga qarshi ta'sir ko'rsatuvchi antitelolar paydo qila oladigan kuchli immunogen moddadir degan fikrni so'nggi yillardagi tadqiqotlar bir qadar o'zgartirib qo'ydi.

Irsiyatga aloqador moyillik, immun sistemaning sezilarli etishmovchiligi va atrofdagi muhit ba'zi omillarining ahamiyati bor deb hisoblanadi.

Irsiy omillar. Autoimmun reaksiyasining yuzaga kelishida NLA ning B qismida joylashgan va normada immun javob shiddatini idora etib boradigan Igr-genlar muhim o'rin tutadi deb taxmin qilinadi. Shu bilan birga NLA ning D qismi individuumning autoimmun jarayolarga moyil bo'lishini ta'minlaydi, xolos. Chunonchi, sistema qizil yugirigi bilan DR-2 va DR-3, ya'ni NLA kompleksi genlari o'rtasida bog'lanish borligi aniqlangan. Sistema qizil yugirigi uchraydigan ba'zi oilalarning a'zolarida yorug'likka ortiqcha sezuvchanlik va dori moddalarni ko'tara olmaslik holatlarining bo'lishi, qonda aylanib yuradigan turli autoantitelolarning topilishi bu kasallikning paydo bo'lishida irsiy moyillik ahamiyati borligidan dalolat beradi.

Ba'zi dori moddalarni uzoq vaqt ishlatib yurish tabiatan irsiyatga bog'liq bo'lmagan, lekin autoimmun sistema qizil volchankasini paydo qila oladigan omillar jumlasiga kiradi. Jinsiy garmonlar ham kasallik rivojlanishiga muhim o'rin egallaydi. Androgenlarning sistemali qizil yugirigi paydo bo'lishiga yo'l qo'ymasligi, estrogenlar esa bu kasallikka yo'l ochib berishi aniqlangan.

So'ngi vaqtda organizmda saqlanib turgan virus infeksiyasiga katta e'tibor berilmoqda. Sistema qizil volchankasida qizamiq, qizilcha, paragripp va boshqa kasalliklar viruslariga javoban qonda yuqori titrlarda paydo bo'lgan antitelolar topilgan. Bemorlar va ularning qarindoshlarida saqlanib turgan virus infeksiyasining markerlari bo'lmish limfotsitotoksik antitelolar bo'lishi aniqlangan. Bemorlar bilan ishlovchi tibbiy xodimlarda virusli ikki spiral DNK ga qarshi antigenlar topilgan. Biroq, immun komplekslarda virus antigenlari hali topilgan emas.

Immunologik omillar. Sistema qizil volchankasi patogenezida V- hujayralarning o'ta reaktivligi katta ahamiyatga ega deb hisoblanadi, bu hujayralarning faol holga o'tishi ham «begona» ham «o'z» antigenlariga qarshi zo'r berib antitelolar hosil bo'lishiga olib keladi. Ortiqcha antitelolar hosil bo'lishi quyidagi bir qancha omillarga bog'liq deb hisoblanadi: 1) V- hujayralarning o'zida nuqsonlar borligiga, 2) xelperlarda irsiy kamchiliklar borligiga, bu narsa V- hujayralarning zo'r berib faol holga o'tishiga yordam beradi, 3) V- hujayralar faolligini susaytirib qo'yadigan T-supressorlar faolligining susayib ketishiga.

Hosil bo'ladigan antitelolar qonda aylanib yuradigan immun komplekslarni yuzaga keltirishi mumkin (o'ta sezuvchanlikning III tipi), bu komplekslar buyrak, badan terisining bazal membranalarida to'planib borib, ularning shikastlanishiga va yallig'lanish boshlanishiga sabab bo'ladi. Membranaga avval DNK birikadi, immun kompleks (DNK — anti DNK) hosil bo'ladi deb taxmin qilinadi. Sistema qizil volchankasi uchun qondagi komplement, xususan uning SZ qismi. miqdorining kamayib ketishi xarakterlidir. Gipokomplementemiya, tomir ko'ptokchalari bazal membranalarida donador komplement depozitlari paydo bo'lishi sistema qizil volchankasi genezida immun komplekslarning ahamiyati borligini ko'rsatadi.

Shu bilan bir vaqtda eritrositlar, oq qon tanachalari va trombositlarga qarshi autoantitelolar o'z ta'sirini II tipdagi o'ta sezuvchanlik reaksiyasi yordamida yuzaga chiqaradi. Autoantitelolar ana shu hujayralar bilan birikib, ularga tsitotoksik va tsitolitik ta'sir o'tkazadi. Bunda ularga komplementning hamma tarkibiy qismlarini faollashtirib, yoki neytrofillarni (bu neytrofillar ayni vaqtda hujayrani zararlovchi omillar ishlab chiqaradi) jarayonga kiritib, o'z ta'sirini yuzaga chiqaradi.

Zararlangan hujayra yadrolari, ularga qay tariqa shikast yetganligidan qat'iy nazar, yadrolarga qarshi autoantitelolar bilan reaksiyaga kirishadi, buning natijasida yadrolar denaturatsiyaga uchrab, keyinchalik komplementga mahkamlanib qoladi. Antitelolar bilan o'ralib olgan ana shunday yadrolar fagotsitlovchi hujayralar uchun kuchli xemotaksis omili bo'lib qoladi. Natijada gematoksilinli tanachalar yoki LE- hujayralar (qizil volchanka hujayralari) paydo bo'ladi. Mana shu hujayralar fagotsitlovchi leykotsit (neytrofil yoki makrofag) bo'lib, tsitoplazmasi nobud bo'lgan leykositning fagositlangan yadrosiga butunlay to'lib turadi. Demak, sistema qizil volchankasida neytrofil leykositlarning o'z-o'ziga fagotsitlanish jarayoni ro'y berib turadi.

Immun tizimini o'zgarish javobiga qarab kasallik o'tkir, o'tkir osti va surunkali kechadi.

Patologik anatomiyasi. Sistema qizil volchankasining patologik anatomiyasi immun komplekslar turli to'qimalarda yuzaga keladi, jarayonning tarqalib borishiga sabab bo'ladi. Lekin organlar ham har xil darajada zararlanadi. Chunonchi, bu kasallikda badan terisi, buyraklar, bo'g'imlar ko'proq zararlansa, periferik asab sistemasi kamroq zararlanadi. Shu bilan birga mikrotsirkulyator o'zan tomirlari eng asosiy nishon bo'lib hisoblanadi. Deyarli barcha to'qima va organlarda nekrozga olib boruvchi o'tkir vaskulit manzarasi ko'zga tashlanadi. Mayda arteriyalar va arteriolalarning devorida fibrinoid depozitlari topiladi, bularning tarkibida immunoglobulinlar, DNK, komplementning uchinchi tarkibiy qismi (SZ) va fibrinogen bo'ladi. Fibrinoid nekroz keyinchalik tomirlar devorida fibroz paydo bo'lib, tomir devorining qalinlashib ketishi va shu tufayli tomirlar devorining torayib qolishi bilan tugallanadi. Tomirlar atrofida o'rtacha limfoid infiltrasiya va sezilarli shish borligi ko'zga tashlanadi. Zararlangan organlarning interstitsiyasida tomirlar zararlanishi munosabati bilan har joy har joyga fibrinoid to'planib qolganini va nekroz fokuslari paydo bo'lganini ko'rish mumkin (ishemik nekrozlar).

Badan terisining zararlanishi sistema qizil volchankasining eng xarakterli alomatidir. Odamning yuz terisida simmetrik ravishda joy olgan qizil dog'lar, salgina po'st tashlab turgan va ingichka bo'yin bilan bir-biriga tutashgan «kapalaksimon» joylar paydo bo'ladi. Mikroskop bilan tekshirib ko'rilganida epidermis bazal qatlamining vakuol distrofiyaga uchragani, derma shishib, kollagen tolalar bo'kkani hamda irib ketgani, derma tomirlari devorida nekrozlovchi o'tkir vaskulit boshlanib, fibrinoid depozitlari paydo bo'lgani ko'zga tashlanadi. Teridagi dog'lar, toshmalar ko'rinishidagi shu xildagi o'zgarishlar ba'zi hollarda bo'yin, ko'krak qafasi, orqa, qorin sohasida ham kuzatilishi mumkin.

Immunoglobulin va komplement depozitlari terining faqat zararlangan joylarining o'zidagina emas, balki zararlanmagan joylarida ham topiladi, bu — shu kasallikka juda ham xos bo'lgan alomatdir. 30 foiz hollarda diskoid qizil volchanka paydo bo'ladi, buning uchun teri yuzidan ko'tarilib turadigan eritematoz toshma bo'lishi, giperkeratoz yuzaga kelishi. Ter va yag' bezlari atrofiyaga uchrab, o'sha joylardagi soch va junlar to'kilib ketishi xarakterlidir. Bu o'zgarishlar badan terisining har qanday joyida paydo bo'lishi mumkin. Shu bilan birga sistema doirasida ichki organlarning zararlanish hodisasi bo'lmasligi ham mumkin. Sistema qizil volchankasida seroz pardalar ham zararlanib, perikardit va plevrit boshlanadi. Kasallikning o'tkir bosqichlaridagi serozitlar seroz va fibrinoz ekssudat paydo bo'lishi bilan ta'riflanadi, kasallik surunkali tarzda o'tganida fibrinoz o'zgarishlar ustun turadi. O'tkir serozitlar mahalida mikroskop bilan tekshirib ko'rilsa, shish borligi, perivaskulyar infiltrasiya bilan o'tayotgan o'choqli vaskulitlar boshlangani, o'choqli fibrinoid nekrozlar paydo bo'lgani, bularda **LE-hujayralar** borligi aniqlanadi. Bunday o'zgarishlar seroz pardalarda makroskopik jihatdan aytarli o'zgarishlar bo'lmagan paytlarda ham topilaveradi.

Yurakning zararlanishi Libman — Saks bakterial endokarditi paydo bo'lishi bilan ta'riflanadi. Bunda yurak qopqoqlarining tavaqalari va xordalari yoki devor endokardi zararlanadi, bu — mitral qopqoq etishmovchiligiga

olib borishi mumkin. Endokardda yakka-yakka yoki bir talay bo'ladigan noto'g'ri shakli, so'galli depozitlar topiladi. Ularning kattaligi 1 mm dan 3 mm gacha bo'ladi. Bularning eng muhim xususiyati shuki, ular yurak qopqoqlari tavaqalarining bir yuzasidan joy oladi. Mikroskopik jihatdan olganda ular atrofiga yalliglanish reaksiyasi boshlangan fibrinoid depozitlaridir. Birmuncha kechki davrda bu tuzilmalar kollagenlanadi. Fibrinoid tarkibida plazma oqsillari, jumladan immunoglobulinlar bo'ladi. Diffuz tarqalgan o'choqli vaskulitlar, fibrinoid depozitlari, nuklear infiltratsiyani miokard stromasida ham ko'rish mumkin (volchanka karditi). Kardiomyositlarda yog' distrofiyasi boshlanadi.

Buyraklarning zararlanishi (lyupus-nefrit) sistema qizil volchankasining eng xarakterli alomatlaridandir, chunki sistema qizil volchankasi bilan og'rigan kasallar o'limining bosh sababi buyrak etishmovchiligidir. Buyrakda paydo bo'ladigan morfologik o'zgarishlarning darajasi va tabiati lyupus-nefritning 5 xilini tafovut qilishga imkon beradi:

I xili, bunda optik, elektron mikroskopda immunoflyuoresensiya yo'li bilan tekshirilganda buyrakda morfologik o'zgarishlar topilmaydi; kasallikning bu xili juda ham kamdan-kam uchraydi.

II xili mezangial lyupus-nefrit;

III xili o'choqli glomerulonefrit;

IV xili diffuz proliferativ glomerulonefrit;

V xili membranoz glomerulonefrit.

Mezangial lyupus-nefrit o'rtacha darajada ifodalangan klinik simptomlar bilan ta'riflanadi. 10 foiz hollarda uchraydi va mezangial hujayralar proliferasiyasiga aloqador bo'ladi. Mezangiyda doimo O immunoglobulin va komplementning uchinchi xili (SZ) depozitlari topiladi. Depozitlarning to'planib turishi mezangial lyupus-nefrit (volchanka nefriti) ning ilk bosqichi uchun xarakterlidir, chunki filtrlanadigan immunokomplekslar tez orada mezangiyga o'tirib qoladi.

O'choqli glomerulonefrit buyrak koptokchalarining qisman (50 foizgacha) zararlanishi bilan ta'riflanadi, bunda buyrak koptokchalari bo'rtib, endotelial va mezangial hujayralar proliferasiyaga uchraydi, kapillyarlarda o'choqli nekrozlar, neytrofil infiltratsiyalari ko'zga tashlanadi. Ba'zi joylarda fibrinoid depozitlar va intrakapillyar tromblar topiladi. O'choqli glomerulonefrit klinik jihatdan olganda mikrogematuriya va proteinuriya ko'rinishida namoyan bo'ladi.

Diffuz proliferativ glomerulonefrit volchanka nefritining hammadan ko'ra ko'proq uchraydigan xili bo'lib, 40—50 foizda qayd etiladi. Morfologik o'zgarishlar endotelial mezangial hujayralarning proliferasiyaga uchrab, bazal membrana qalin tortishidan iborat bo'ladi. Ba'zan Shumlyanskiy — Boumen kapsulasi epiteliyal hujayralari proliferatsiyaga uchrab, xarakterli yarimoy hosil bo'lganini va keyinchalik koptokchalarda skleroz boshlanganini kuzatsa bo'ladi. Buyraklarning simmetrik ravishda zararlanib, barcha koptokchalarning patologik jarayonga qo'shilib ketishi xarakterlidir.

Membranoz glomerulonefrit kapillyarlar bazal membranasi qalin tortib, shu xil tomirlar endoteliysining ko'chib tushishi bilan ta'riflanadi. Yalang'ochlanib qolgan bazal membranalarga plazma oqsillari o'tib singiydi, bu narsa "sim qovuzloqlari" fenomeni degan hodisa boshlanishiga olib keladi. Bazal membranalarda immun komplekslar depozitlari to'planib boradi. Membranoz glomerulonefritda o'choqli nekrozlar, neytrofil infiltratsiyasi, mezangial hujayralar proliferasiyasi singari o'zgarishlar bo'lmaydi. Bu xildagi nefrit 10 foiz hollarda uchraydi va o'zining klinikasi va morfologiyasi jihatidan olganda idiopatik membranoz glomerulopatiyaga juda o'xshab ketadi. Lyupus-nefritning hozirgina tasvirlab o'tilgan barcha shakllari patogenezida tomirlar koptokchalarida DNK— anti-DNK kompleksi (ya'ni antigen — antitelo kompleksi) ning to'planib borishi ahamiyatga egadir. Immun depozitlar endoteliy va epiteliy ostidagi mezangiyalarda topiladi. Diffuz proliferativ glomerulonefritda immun komplekslarning subendotelial ravishda joylashgan bo'lishi o'tkir davriga kirgan sistema qizil volchankasi uchun hammadan ko'ra xarakterlidir. Endotelial hujayralar proliferasiyalanib, bazal membranalarda alterasiyaga uchrashi natijasida kapillyarlarning yo'li torayib, ba'zan butunlay bitib ham ketadi (obliterasiya). Bu o'zgarishlar buyrak kanalchalarining ishemiya tufayli zararlanishiga va interstitsial fibroz boshlanishiga olib keladi. Patologik jarayonga qo'shilib ketgan buyrakning katta-kichikligi odatdagicha bo'lib qolaverishi mumkin. Keyinchalik u kattalashib, rangi oqara boshlaydi va po'stloq qatlamida bir talay mayda-mayda qon talashlar paydo bo'ladi. Borib-borib buyrakda uning ikkilamchi tartibda burishib qolishiga olib keladigan sklerotik jarayonlar boshlanadi. Sistema qizil volchankasida kanalchalar va interstitsiya ham zararlanadi. Kanalchalar orasida immun komplekslar paydo bo'lishi diffuz interstitsial fibroz boshlanishiga olib keladi.

Bo'g'imlar ham jarayonga qo'shilib, shish paydo bo'ladi va sinovial pardalarda nospesifik mononuklear hujayra infiltratsiyasi boshlanadi. Subepitelial biriktiruvchi to'qimada fibrinoid nekroz o'choqlari paydo bo'ladi. Mikroskop bilan tekshirib ko'rilganida sinovial pardalarning giperemiyaga uchrab, qalin tortib qolgani ko'zga tashlanadi. Biroq, sinovial pardalar va bo'gim togaylarida destruksiya hodisasi kuzatilmaydi, bo'g'imlar shaklining o'zgarmay turishi, ya'ni deformasiya hodisasi bo'lmazligi shunga bog'liq.

Taloq odatdagi kattalikda yoki sal kattalashgan, kapsulasi qalinlashgan, follikulalari giperplaziyaga uchragan bo'lishi mumkin. Pulpasi tarkibida O va M immunoglobulinlar bo'ladigan bir talay plazmatik hujayralar topiladi. Taloq markaziy arteriyalarining atrofi kenglik ko'rinishida o'sib chiqqan halqasimon qat-qat fibroz to'qima ko'zga tashlanadi, «so'g'onchasimon» skleroz deb shunga aytiladi.

Limfa tugunlari follikularining germinativ markazida boshlangan nospesifik o'zgarishlar hisobiga kattalashib ketadi. Perifollikulyar zonada plazmatik hujayralar ko'zga tashlanadi.

Boshqa organ va to'qimalarda mayda tomirlarida boshlangan o'tkir vaskulitlar, mononuklear infiltratsiya o'choqlari va fibrinoid depozitlari topiladi. Bosh va orqa miyada boshlangan nekrozlovchi o'tkir vaskulit va mikroinfiltratlarga, yoki mikrogemorragiyalarga olib keladi.

Klinik ko'rinishlari. Sistema qizil volchankasi ko'pincha 20—30 yashar qizlar va ayollarda boshlanadi, aksari bu kasallikka o'smir yashdagi qizlar duchor bo'ladi. Isitma ko'tarilib, bo'g'imlarning shakli o'zgarmagan holda og'rib turishi, ko'krak qafasida og'riq paydo bo'lishi (plevrit hisobiga), quyosh nuriga ortiqcha sezuvchan bo'lib qolish (fotosensibilizatsiya), yuz terisida eritematoz toshmalar paydo bo'lishi («kapalaksimon» naqsh), qo'l-o'yaqlar va shillik pardalarda ham shunday toshmalar uchrashi xarakterlidir. Sistema qizil volchankasida 100 foiz hollarda va boshqa autoimmun kasalliklarda birmuncha kamroq darajada antiyadro antitelolar topiladi. DNK — anti-DNK kompleksining titri sistema qizil volchankasining diagnostik belgisi bo'lib hisoblanadi va buyraklarning zararlanish darajasiga mos keladi. Lyupus nefrit uchun eng xarakterli bo'lgan klinik belgilar: gematuriya, proteinuriya, ba'zi hollarda esa klassik nefrotik sindromdir. Membranoz va diffuz proliferativ glomerulonefritda azotemiya bilan birga davom etib boradigan buyrak etishmovchiligi kuzatiladi. Nerv sistemasining zararlanishi meningoensefalit, meningoensefalomielitlar ko'rinishida ma'lum bo'ladi, bular poliradikulonevrit bilan birga o'tadi. Psixozlar bo'lishi ham tasvirlangan. Ba'zan me'da-ichak yo'lining zararlanishiga xos alomatlar: qayt qilish, darmon qurishi, ishtaha yo'qolishi singari hodisalar kuzatiladi. Kasallikning oqibati nima bilan tugashini aytib bo'lmaydi. Bir qancha hollarda kasallik birdan boshlanadi va tez zo'rayib borib,

bir necha oydan keyinroq o'limga olib keladi. Lekin aksari kasallik zimdan boshlanib, surunkasiga davom etib borishi va vaqti-vaqtida qo'zib, vaqti-vaqtida qaytib turishi bilan ta'riflanadi. Sistema qizil volchankasining asoratlari xilma-xildir. Eng ko'p uchraydigan asorati ikkilamchi infeksiya (kokklarga, sil mikobakteriyasi, zamburuglar, viruslarga aloqador infeksiya). Infeksiya qo'shilishi tabiiy immunitetning susayib ketganiga yoki uzoq muddat immunosupressorlar va osteoporoz, me'da-ichak yo'lining areaktiv yaralari, Isenko — Kushing sindromi sepsis, miliar silga olib boruvchi kortikosteroidlar ishlatilganiga bog'liq bo'ladi.

O'limga olib boradigan asosiy sabablar: buyrak etishmovchiligi, pnevmoniya, sepsis, yurak va bosh miyada infarktlar paydo bo'lishiga olib boradigan vaskulitlardir.

Sistema sklerodermiya

Sistema sklerodermiya (sistema doirasidagi skleroz) — badan terisi va ichki organlarda tobora zo'rayib boruvchi tarqoq fibroz paydo bo'lishi bilan ta'riflanadigan kasallikdir. Badan terisining zararlanishi sistema sklerodermiyasining garchi asosiy belgisi bo'lib, 95 foiz hollarda kuzatilsa ham ichki organlar — me'da-ichak yo'li, o'pka, bo'yрак, yurak hamda ko'ndalang-targ'il muskullarning zararlanishi hayot uchun xavfli bo'lib hisoblanadi. Bu kasallik bilan asosan 30—50 yashar ayallar kasallanadi, lekin odamning har qanday yoshda, jumladan perinatal davrda ham shu kasallik bilan og'rib qolish ehtimoldan xoli emas.

Klinik ko'rinishlariga qarab sistema sklerodermiyasining quyidagi shakllari tafovut qilinadi: 1) badan terisi bir tekis zararlanish bilan o'tadigan klassik shakldagi sklerodermiya, bunda jarayon tez zo'rayib boradi va kasallikning ilk davrida yuz ichki organlar zararlanadi; 2) badan terisi cheklangan tarzda, asosan barmoq va yuz terisi zararlanishi bilan o'tadigan SREST-sindrom. Bunda ichki organlar jarayonga ancha kechki muddatlarda tortiladi. Kalsinoz, Reyno sindromi, qizilo'ngach zararlanishi, teleangiektaziya bilan o'tadigan sklerodaktiliya qo'shilishi xarakterlidir. Bu kasallik yengil shaklda o'tadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Bu kasallikning etiologiyasi ma'lum emas, lekin sistemali sklerodermiyani autoimmun kasalliklar guruhiga kiradi deb hisoblanadi. Kasallikning patogenezida quyidagilar muhim o'rinda

turadi: kollagen sintezining buzilishi, mikrotsirkulyator o'zan tomirlari birinchi navbatda zararlanib, so'ngra o'ziga xos sklerodermik angiopatiya (obliterasiyalovchi endarteriolit) boshlanishi.

Terida zo'rayib boradigan fibroz boshlanishi asosan fibroblastlar tomonidan zo'r berib odatdagi tuzilishda bo'ladigan kollagen sintezlanishiga bog'liq. Bunda kollagen degradatsiyasida ishtirok etuvchi kollagenazani fibroblastlar norma uchun xarakterli bo'lgan miqdorda ishlab chiqaraveradi, shunga ko'ra kollagen sintezi kuchaygandek, ortiqchadek bo'lib qoladi.

Biriktiruvchi to'qimaning ortiqcha miqdorda va sistema doirasida o'sib borishida immunologik omillar muayyan o'rin tutadi deb taxmin qilinadi. Kasallik endi boshlanib kelayotgan ilk davrda yallig'lanish infiltrati xujayralari orasida kollagenga sensibilizatsiyalangan T-limfotsitlar topiladi. Kollagenga nisbatan sekinlik bilan yuzaga chiqib boradigan o'ta sezuvchanlik reaksiyasi limfokinlar ajralib chiqishini boshlab bersa ajab emas, ma'lumki, bu limfokinlar fibroblastlarni o'ziga tortib, kollagen sintezi kuchayishiga yo'l ochadi.

Sistema sklerodermiyasi kasalligida gumoral immunitet ham izdan chiqadi. Qon zardobida ko'pincha gipergammaglobulinemiya, antinuklear antitelolar va revmatoid omil topiladi. Yaqinda antinuklear antitelolarning ikki turi aniqlandi. Ularning 5 (1-70 (skleroderma-70) deb ataladigan bir turi sistema sklerodermiyasi tarqoq xilining 30—40 % hollarida topiladi, holbuki, antisentromer antitanalar (markaziy xromatinga ta'sir o'tkazuvchi antitelolar) SREST-sindromida 50—70 % hollarda aniqlanadi.

Sistema sklerodermiyasi obliterasiyalovchi endarteriolitga o'xshab ketadigan va talaygina vazospastik o'zgarishlarga olib boradigan o'ziga xos tarqoq bir tomir patologiyasi deb ham hisoblanadi.

Mikrosirkulyator o'zanning zararlanishi tomirlar endoteliysining bemorlar qon zardobida bo'ladigan tsitotoksik omili ta'sirida birlamchi tartibda zararlanishiga bog'liq deb hisoblanadi. Endoteliyning zararlanishi trombositlar adgeziyasi bilan agregatsiyasiga va periadventitsial fibrozga yo'l ochuvchn trombositlar omillar ajralib chiqishiga olib keladi. Tomirlar yo'li torayib qoladi, shu narsa turli organlarning ishemiya tufayli zararlanishiga sabab bo'ladi.

Patologik anatomiyasi. Sistema sklerodermiyasida patologik jarayon turli organlarda avj oladi, lekin badan terisi, suyak-mushak sistemasi, me'da-ichak yo'li, o'pka, buyrak, yurak ko'proq zararlanadi. Teridagi o'zgarishlar barmoqlardan, qo'llarning distal bo'limlaridan boshlanadi. So'ngra jarayon qo'llarning yuqoriroq qismlariga, elkalar, bo'yin va yuzga tarqalib boradi. Morfologik o'zgarishlarning uch bosqichi tafovut qilinadi: 1) qattiq shish bosqichi; 2) indurasiya bosqichn; 3) atrofiya bosqichi.

Kasallikning birinchi bosqichida terida shish, bo'ladi, unda asosiy modda miqdori ko'payib, tomirlar va teri unumlari atrofida yallig'lanish infiltrasiyasi paydo bo'ladi. Ikkinchi bosqichida dermada skleroz boshlanib, tomirlar devorida skleroz va gialinoz paydo bo'ladi, kollagen dastalari yo'g'onlashadi, gialinoz boshlanib, teri osti kletchatkasi xam jarayonga qo'shilib ketadi. Uchinchi bosqichi — teri atrofiyasi, kasallik boshidan bir necha yil o'tganidan keyin boshlanadi. Mikroskop bilan tekshirib ko'rilganida teri va teri osti kletchatkasida gialinlashgan to'qima maydonchalari va diffuz epidermis atrofiyasi, mikrotsirkulyator o'zan tomirlarining ancha puchchayib qolgani, teri unumlarining atrofiyaga uchragani ma'lum bo'ladi. Ana shu o'zgarishlar nekrozlar hamda trofik yaralar bilan birga davom etib boradi. Bundan tashqari, terida oqarib qolgan (vitiligo bo'lgan) va dog' tushib, qoraygan joylar paydo bo'ladi. Kishining yuzi niqobga o'xshab qoladi. Teri osti kletchatkasida o'choqli va tarqoq ravishda ohak to'planib qolgan joylar topiladi, KREST-sindromida bular ayniqsa sezilarli bo'ladi.

Sistema sklerodermiyasida terida ro'y beradigan o'zgarishlar ko'pincha bo'gimlar, suyaklar va muskullarning zararlanishi bilan birga davom etib boradi. Nospesifik ekssu-dativ sinovit boshlanib, sinovial pardalar fibrozlanishi, keyinchalik pastda yotgan suyak so'rilib ketishi (rezorbsiya) kuzatiladi. Barmoqlar ingichkalashib, uchi o'tkirlashadi va parranda panjalariga o'xshab qoladi. Teri fibrozi ularning xarakatini cheklab qo'yadi. Barmoq uchlarning sklerotik atrofiyasi barmoqlar uchi falangalarining yo'qolib ketishi bilan tugallanishi mumkin. Qaytalanib turadigan yaralar, tomirlar bituviga aloqador surunkali ishemiya barmoqlarning o'z-o'zidan tushib ketishiga amputatsiyasiga olib kelishi mumkin.



a) sklerodermik barmoq

b) oyoq terisida paydo bo'lgan yara (yara suyakka borgan)

Periartikulyar biriktiruvchi to'qima sklerozi bo'g'imlar harakatini cheklab qo'yadi. Biroq, bo'g'imlar destruksiyasi kamdan-kam kuzatiladi. Keyinchalik fibroz boshlanishiga olib boradigan o'choqli yallig'lanish infiltratlari skelet muskullarida ham paydo bo'lishi mumkin. Buning natijasida sistema sklerodermiyasi bilan og'rigan kasallarda muskullar atrofiyasi boshlanadi.

Me'da-ichak yo'lida shilliq parda va silliq muskullar atrofiyasi, shilliq parda orasidagi asos va seroz parda sklerozi bilan gialinozi boshlanib, eroziyalar va yaralar paydo bo'ladi. Asosan qizilo'ngach, me'da, ingichka ichak zararlanadi, yo'g'on ichakning zararlanishi kamroq uchraydi. Jigarda periduktal, perivaskulyar skleroz kuzatiladi. Bo'lakchalar ichida fibroz boshlanishi kamroq kuzatiladi. Tomirlarning devori gialinlanib, gepatositlar yog' distrofiyasiga uchraydi.

O'pkada alveolalar to'siqlarida diffuz interstisial fibroz boshlanadi, bu fibroz boshlanishi asosan fibroblastlar tomonidan zo'r berib odatdagi tuzilishda bo'ladigan kollagen sintezlanishiga bog'liq, bu kuchayib boruvchi hansirashga olib keladi. Mayda tomirlarning devorlari tobora qalinlashib boradi. O'pkada biriktiruvchi to'qima o'sib ketishi natijasida kistalar paydo bo'lishi mumkin.

Buyraklarda tromboz, mikroinfarktlar, po'stloq moddasining nekrozlari topiladi, sklerodermik buyrak deb aytiladi. Mayda arteriyalarda intima konsentrik ravishda proliferasiyaga uchraydi, glikozaminglikanlar depozitlari topiladi, ichki elastik membrana reduplikatsiyasi va gialinoz kuzatiladi. Lekin bu o'zgarishlar gipertenziya darajasiga to'g'ri kelavermaydi. Bundan tashqari, buyraklarda arteriolalarning fibrinoid nekrozi, ko'ptokchalarning o'choqli nekrozlari topiladi, bazal membrana qalin tortib, mezangiya kattalashadi, buyrak kanalchalari epiteliysi distrofiya va nekrozga uchraydi. Kasallarning yarmidan ko'ra ko'prog'i buyrak etishmovchiligi tufayli o'lib ketadi.

Yurakda asosan tomirlar atrofida interstisial fibroz, limfositlar bilan makrofaglardan tashkil topgan perivaskulyar infiltratlar topiladi. Mayda arteriyalar va arteriolalarning devorlari qalinlashib qoladi. O'pkadagi pnevmoskleroz yurak o'ng qismining gipertrofiyaga uchrashiga olib keladi.

Nerv sistemasida, jumladan periferik nerv sistemasida ro'y beradigan o'zgarishlar mikrosirkulyator o'zan tomirlarining zararlanishiga bog'liq bo'ladi.

Klinik ko'rinishlari. Kasallikning sistema doirasida tobora zo'rayib boruvchi tabiatini aks ettiradi. Aksari bu kasallik Reyno kasalligiga xarakterli bo'lgan tomirlarga xos o'zgarishdan boshlanadi. Terida o'zgarishlar ro'y berishidan avval odatda tomirlarda o'zgarishlar boshlanadi. Terining tobora ko'proq kollagenlanishi qo'llarning atrofiyaga uchrab, tomirlar harakatchanligining cheklanib qolishiga, keyinchalik esa kontrakturalar paydo bo'lib, muskul harakatlari izdan chiqishiga olib keladi. Skelet muskullaridagi sklerotik jarayonlar va ularning atrofiyaga uchrashi bu o'zgarishlarni yanada kuchaytiradi. Sistemaga doir sklerodermiya bilan og'rigan barcha kasallarda tayanch-harakat apparati zararlanadi va bu — kasallarning majruh bo'lib qolishiga olib keladigan sabablardan biri bo'lib hisoblanadi. Kasallarning 80—90 foizida teri xarakterli tarzda zararlanadi, shu narsa ularning tashqi qiyofasini o'zgartirib qo'yadi. Kasallarning yuzi shaklan niqobga o'xshab qoladi, qo'l panjalarida sklerodaktiliya hodisasi kuzatiladi. Dard zo'rayib borgan sayin badan terisi tobora ko'proq zararlanaveradi. Terida sklerotik jarayonlar bilan birgalikda ba'zi joylarda rangi o'chib oqarib qolgan, rangi to'qlashib, dog' tushgan yerlar paydo bo'ladi.

Me'da-ichak yo'lining zararlanishi qizilo'ngach peristaltikasi susayib, ovqat yaxshi o'tmay qolishi (disfagiya) ko'rinishida namoyon bo'ladi. Ingichka ichak shilliq pardasi tagidagi asos va muskul qavati atrofiyaga uchrab, fibrozlanishi tufayli oziq moddalarning so'rilishi izdan chiqadi.

O'pkada diffuz pnevmoskleroz boshlanib, ba'zan kistalar paydo bo'ladi. Plevra fibrozi ko'zga tashlanadi, shu narsa pirovardida bronxoektazlar, emfizema boshlanishiga olib keladi. Klinik jihatdan olganda bu o'zgarishlar doimiy yo'tal, nafas etishmovchiligiga xarakterli simptomlar ko'rinishida namoyan bo'ladi. O'pkaning zararlanishi yurak o'ng qismida etishmovchilik boshlanishiga olib boradi.

Buyraklar odatda sistema sklerodermiyasi yarim o'tkir va surunkali tarzda o'tib boradigan mahalda jarayonga tortilib, keyin glomerulonefrit va nefrotik sindrom boshlanadi. Buyrak chinakam sklerodermik holiga tushganida tez orada buyrak etishmovchiligi: azotemiya, oliguriya, anuriya, arterial gipertenziya boshlanishi xarakterlidir, shu narsa bemorlarning o'limiga sabab bo'lishi mumkin. Nerv sistemasida neyrotsirkulyator distoniya, polinevrit manzarasi kuzatiladi.

KREST-sindromida bemorlarda beshta xarakterli belgi: kalsinoz, Reyno sindromi, qizilo'ngach zararlanishi (disfagiya), sklerodaktiliya va teleangioektaziya kuzatiladi. SHuning uchun ham bu sindromning nomi unda uchraydigan shu simptomlar lotincha nomlarining birinchi harflaridan olingan.

Kasallikning oqibati uning qay tariqa o'tishiga, o'z vaqtida aniqlab olinib, tegishli davo qilingan-qilinmaganiga bog'liq. Kasallik surunkali tarzda o'tadigan mahallarda odatda bir qadar yaxshiroq bo'ladi, chunki jarayon sekinlik bilan avj olib boradi va badan terisi bilan sklerotik jarayonlar asta-sekin boshlanadi. Sistema sklerodermiyasi o'tkir tarzda o'tadigan mahallarda, ayniqsa chin sklerodermik buyrak holati boshlanadigan hollarda kasallikning oqibati yomon, chunki buyrak etishmovchiligi tez kuchayib borib, o'limga olib kelishi mumkin.

Mavzular yuzasidan test savollari.

1. "CREST"sindromiga kirmaydigan belgi

- a) Reyno sindromi
- b) Upaning zaralanishi
- c) Teleangioektaziya
- d) Ezofagit

2. "CREST"sindromiga nima xos?

- a) Poliartrit
- b) Kardioskleroz
- c) Sklerodaktiliya
- d) Miokardit

3. 3 ta va undan ko'p bo'gim yalliglanishi- bu...

- a) Monoartrit
- b) Oligoartrit
- c) Biartrit
- d) Poliartrit

4. Artrit, yuzdagi kapalaksimon dermatit (eritema), nefrit qaysi kasallikka xos?

- a) Sistemali qizil volchanka
- b) Dermatomiozit
- c) Sistemali sklerodermiya
- d) Revmatoidli artrit

5. Tugunchali periarteriitni davolashda asosan ishlatiladi

- a) yurak glikozidlari
- b) gipotenziv vositalar
- c) antibiotik va sulfanilamidlar
- d) Glyukokortikoid va yalliglanishga qarshi vositalar

6. Biriktiruvchi to'qima va mayda qon tomirlarning tizimli shikastlanish kasalligi?

- a) tugunchali periartereit
- b) sistemali sklerodermiya
- c) sistemali qizil bo'richa
- d) revmatizm

7. Biriktiruvchi to'qimaning va tomirlarning autoimmun tizim kasalligi bo'lib, qon tomirlar va ichki a'zolar zararlanishi bilan kechadigan kasallik

- a) gastrit
- b) miokardit
- c) Sistemali qizil volchanka
- d) Pnevmoniya

8. Biriktiruvchi to'qimaning diffuz kasalligi bo'lib, silliq va ko'ndalang-targ'il mushaklar, teri va ichki a'zolar zararlanishi bilan kechadigan kasallik...

- a) Sistemali sklerodermiya
- b) Takayasu kasalligi
- c) Tugunchali periarteriit
- d) Dermatomiozit

9. Biriktiruvchi to'qimaning diffuz kasalligi umumiy klinik belgilari hisoblanadi:

- a) Autoimmun va immunokompleksli yalliglanish markerlari aniqlanishi
- b) Allergiya va paraallergiya bilan birga kelishi
- c) Sistemali yalliglanishlar, klinik polimorfizm
- d) Artralgiyalar yoki artritlar, miozitlar, serozitlar, vaskulitlar

10. Bo'gimlarda kontraktura, Reyno sindromi, mikrostomiya, ezofagoskleroz, teri atrofiyasi qaysi kasallik klinik belgisi hisoblanadi:

- a) Sklerodermiya
- b) Revmatoidli artrit
- c) Dermatomiozit
- d) Miksedema

11. Qaysi kasallik klinik belgisiga CREST sindromini kiritish mumkin

- a) Sistemali sklerodermiya
- b) Sistemali qizil volchanka
- c) Dermatomiozit
- d) Tugunchali periarteriit

12. CREST sindromi qaysi kasallik uchun xos

- a) Sistemali qizil volchanka
- b) Bextero kasalligi
- c) Tizimli sklerodermiya
- d) Revmatoid artrit

13. Dermatomiozitta necha foiz bemorlarda yurak –tomir tizimi shikastlanadi?

- a) 30-40%
- b) 20-30%
- c) 35-45%
- d) 60-70%

14. Dermatomiozitta prednizalon yaxshi natija bermaganda qanday preparat qo'llaniladi?

- a) Glyukoza
- b) Deksametazon
- c) Hidrokortizon
- d) Azatioprin

15. KREST sindromiga xos

- a) Sklerolaktiliya
- b) artrit
- c) Dermatit
- d) Poliserozit

16. Dermatomiozit asosan necha yoshda uchraydi?

- a) 40 yoshlardan so'ng
- b) 20-25
- c) 30-35
- d) 70

17. KREST sindromiga xos emas

- a) Ezofagit
- b) Anemiya
- c) Reyno
- d) Kal'tsinoz

18. Dermatomiozit necha foiz polimiozit bilan kechadi?

- a) 50%
- b) 30%
- c) 15%
- d) 20%

19. Dermatomiozit nima?

- a) Silliq mushak va tomirlarning yallig'lanishi
- b) Moddalar almashinuvining buzilishi
- c) Ichak shilliq qavatlarning yallig'lanishi
- d) Skelet, silliq mushaklarning surunkali yallig'lanishi

20. Dermatomiozit qo'zg'atuvchisi?

- a) Aylanma lishay
- b) Streptakok
- c) Stafilokok
- d) Pnevmaokok

21. Sistemali qizil volchankada tashxis qo'yishga yordam beradi, qondagi...

- a) Umumiy oqsil
- b) seromukoid
- c) revmatoid faktor
- d) LE hujayralar

22. Dermatomiozit turlari:

- a) Paraneoplastik
- b) Idiopatik
- c) hammasi to'g'ri
- d) Yuvenil

23. Dermatomiozit uchun xarakterli bo'lmagan belgi:

- a) mushaklar atrofiyasi
- b) paraorbital shishlar
- c) eroziv artrit
- d) qon zardobida kreatinfosfokinaza miqdorining oshishi

24. Dermatomiozit uchun xarakterli bo'lmagan belgi:

- a) disfagiya
- b) paraorbital shishlar
- c) elka sohasidagi mushaklar bo'shashishi
- d) KFK miqdorining oshishi

25. Dermatomiozitda asosan qanday a'zo va sistemalar zararlanadi?

- a) Suyak sistemasi
- b) Kundalang-targil va silliq muskulatura
- c) Nerv sistemasi
- d) Hech qanday a'zo va sistemalar zararlanmaydi

26. Dermatomiozitning etiologik omili

- a) Streptakok
- b) O'sma kasalliklari, viruslar
- c) Stafilokok
- d) Pnevmaokok

27. Sistemali qizil volchankani katta diagnostic mezonlariga kiradi

- a) Seromukoidning qonda topilishi
- b) Revmatoid faktorni aniqlash

- c) LE xujayraning topilishi
- d) Isitma

28. Dermatomiozit klinik belgilari hisoblanadi: a) paraorbital shish; b) "ko'zoynak" simptomi; v)mushaklar bo'shashishi;g)"kapalak"simptomi; d) halqasimon eritema.To'g'ri javoblar kombinatsiyasini tanlang:

- a) a, b
- b) a, b, v
- c) b, v
- d) v, g

29. Dermatomiozitni davolashda qo'llaniladigan preparat?

- a) Prednizalon
- b) antibiotiklar
- c) vitaminlar
- d) Glyukoza

30. KREST sindromiga xos:

- a) Ezofagit
- b) Gepatit
- c) Splenomegaliya
- d) Gastroduodenit

31. KREST-sindromi qaysi kasallikga xos

- a) Dermatomiozit
- b) Revmatoidli poliartrit
- c) Sistemali qizil volchanka
- d) Sistemali sklerodermiya

32. KREST-sindromiga xarakterli mezonlar: a) kardit; b) eroziya; v) Reyno sindromi; g) sklerodaktiliya; d) teleangiektaziya.To'g'ri javoblar kombinatsiyasini tanlang:

- a) v, g
- b) a, b
- c) v, g, d
- d) b, v

33. Tugunchali periarteriit...kasalliklar guruhiga kiradi

- a) Somatik
- b) Autoimmun
- c) Yuqumli
- d) Meda ichak kasalliklari

34. Kush panjasi va kalamush tishlash sindromi qaysi kasallikda kuzatiladi

- a) Sistemali sklerodermiya
- b) Sistemali qizil volchanka
- c) Revmatoid artrit
- d) Tugunchali periartirit

35. lab atrofida burmalar (kiset) bo'lishi xarakterli?

- a) sistemali sklerodermiya
- b) Sistemali qizil bo'richa
- c) Dermatomiozit
- d) Tugunchali periartirit

36. LE xujayra aniqlanadi

- a) Sistemali sklerodermiya
- b) Sistemali qizil volchanka
- c) Shegren' kasalligi
- d) Kashin-Bek kasalligi

37. LE-xujayra-bu...

- a) Boshqa hujayralar yadrosini saqllovchi eozinofillar
- b) Boshqa hujayralar yadrosini saqllovchi monotsitlar

- c) Ko'p yadroli neytrofillar
- d) Boshqa hujayralar yadrosini saqllovchi limfotsitlar

38. Lyupus xeylit kuzatiladi

- a) Revmatizm
- b) Dermatomiozit
- c) Sistemali sklerodermiya
- d) Sistemali qizil volchanka

39. Niqobsimon yuz qaysi kasallik uchun xos?

- a) tugunchali periarteriit
- b) dermatomiozit
- c) Sistemali qizil bo'richa
- d) sistemali sklerodermiya

40. Sistemali qizil bo'richa kasalligining qaysi sindromida mialgiya kuzatiladi

- a) Shegren sindrom
- b) Lyukopeniya
- c) lyupus artrit
- d) Lyupus pnevmonit

41. Sistemali sklerodermiya og'ir kechganda buyrakda qanday o'zgarishlar kuzatiladi?

- a) buyrakning pastga tushishi
- b) sklerodermik buyrak rivojlanadi
- c) Buyrak jomlarida siydik to'planib qolishi
- d) Buyrakning qurib qolishi

42. Sistemali sklerodermiya qaysi kasallik bilan differentsial diagnostika qilinadi.

- a) nevrалgiya
- b) poliartrit
- c) Yurak qon tomir kasalliklari
- d) vibratsiya kasalligi

43. Sistemali sklerodermiyada qaysi sindrom kuzatiladi?

- a) Mebius simptomi
- b) Reyno sindromi
- c) Shtelvag simptomi
- d) Grefe simptomi

44. Sistemali sklerodermiyada yo'tal qanday xarakterga ega?

- a) Quruq va balg'amli yo'tal
- b) ko'k yo'tal
- c) zangsimon balg'amli yo'tal
- d) xurujli yo'tal

Suyak mushak tizimiga oid muammoli masalalar.

1 masala.

Bemor jinsi ayol, 23 yoshda, vrach qabuliga kelganda o'zini ko'pdan buyon kasal deb takidladi va qo'l va oyog' bo'g'inlarida asosan simmetrik bo'g'inlarida og'riq borligini, og'riqlarni ertalablari kuchayishi va kechga harab yoki tinch holatda biroz sekinlashishi, ertalablari yo'llarini uyushishi hamda biroz harakatlengandan so'ng yo'llari harakati yaxshilanishini aytdi. Bemor so'rab surishtirilganda holsizlik, ishtahasini yo'qligi va biroz tana haroratini ko'tarilishi aniqlandi. Bemor ko'zdan kechirilganda qo'l barmoqlari morjning suzgichiga o'xshaydi va biroz deformatsiya kuzatiladi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Palpator o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorning qonidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bemordagi rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering.

2 masala

Bemor 31 yoshda, jinsi ayol, ko'p yillardan buyon dispanser nazoratida turadi, vrach qabuliga kelganda ko'zdan kechirilib barmoqlari bo'g'inlarida shish, deformatsiya, chiqishlar, ankiloz borligi aniqlandi. Bemorning

barmoqlari tashhari tomonga yo'nalgan (morj suzgichiga o'xshash) va g'oz buyniga o'xshab qolgan (g'oz buyni simptomi) shular bilan birga kontrakturasi ham bor. Bemorning qonida albuminlar kamaygan, globulinlar miqdori va fibrinogen oshgan ya'ni disproteinemiya va S reaktiv oqsil borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorning shikoyatlarini aytib bering.

Kasallikning patogenezini aytib bering.

Bemordagi palpator o'zgarishlarni aytib bering.

Rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering.

3 masala

Bemor 28 yoshda, jinsi ayol, vrach qabuliga kelganda qonning bioximiyaviy tahlili topshirish tavsiya etildi va rang ko'rsatkichi 0,7 ya'ni gipoxrom anemiya, EChT 30 mm/s yuqoriligi, disproteinemiya (gipergammaglobulinemiya, qon zardobida alfa 2 globulinlar va fibrinogen miqdori oshganligi), S reaktiv oqsil va qonda seromukoid yuqoriligi aniqlanib, bo'g'imlarini rentgenografiya qilindi va bo'g'implarda deformatsiya, suyak epifizlari osteoparoz, bo'g'in tirqishlari torayganligi, bo'g'in yuzasida eroziya, bo'g'in yuzasi chetlarida osteofitlar, bo'g'inlarida chiqishlar borligi shular bilan birga bo'g'in tirqishlarini bitib ketganligi (ankiloz) aniqlandi.

Sizning taxminiy tashxisingiz qanday.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar kuzatiladi.

Palpator o'zgarishlarni aytib bering.

4 masala

Bemor 47 yoshda, jinsi ayol, tibbiy ko'rik vaqtida vrach tomonidan so'rab surishtirganda 10-15 yil oldin revmatizm bilan kasallanganligi va shu kasallik tufayli davolanib turishi aniqlandi, ko'zdan kechirilganda barmoqlari morj suzgichi shakliday va qoni tekshirilganida eritrotsitlar cho'kish tezligi 45 mm/s ligi, S reaktiv oqsil aniqlanib, revmatoidli artrit, poliartrit deb tashxis qo'yildi.

Ushbu kasallikka xos bemorning shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.

Bemorning qonida qanday o'zgarishlar bo'ladi.

Rentgenologik qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

5 masala

Bemor 18 yoshda, jinsi ayol, qishloq vrachlik punktida kelganda yo'llari barmoqlarini uydan ya'ni issiq xonadan tashhariga chiqqanida sovuqda oqarib qolishi, achishib, kuyishib og'rishi, sovuq qotishiga shikoyat qildi. Bu holat keyinchalik barmoq uchlarini ko'karib qolishi, yo'l barmoqlarida qon aralash suyuqlik bilan tulgan pufakchalar va keyinchalik ular o'rnida ba'zan suyakgacha boradigan nekrotik yaralar paydo bo'lishini takidlab o'tdi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bu patologik holat qaysi kasalliklar uchun xos.

Bu bemorlarga qanday tekshiruvlar olib boriladi.

6 masala

Bemor 19 yoshda, jinsi ayol, vrach qabuliga kelganda homilador bo'lganidan so'ng badanlarida tashmalar paydo bo'lganini, bo'g'inlarida og'riq borligi, yuzlarida yonoq sohasida va burunning usti bilan eritematoz tashma paydo bo'lganligiga shikoyat qildi. Bemorning qoni tekshirilganda eritrotsitlar soni 3,4 mln ya'ni anemiya, leykotsitopeniya (3000) va LE hujayralar borligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Hazm tizimidagi va jigardagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bu kasallik uchun xos rentgenologik o'zgarishlarni ayting.

7 masala

Bemor 24 yoshda, jinsi ayol, vrach qabuliga kelganda tug'ganidan so'ng sochlari to'kilishini, bo'g'inlarida og'riq borligi, oqiz bo'shlig'ida og'riqsiz yaralar paydo bo'lganligi va kuchayib boruvchi hansirash bezovta qila boshladi. Bemorning bo'g'inlarida shish bor, qoni tekshirilganda LE hujayralar va siydigi teshirilganda oqsil borligi aniqlandi. Bemorning o'pkasida fibrozlovchi alveolit rivojlangan.

Bemorning taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Yurak qon tomir tizimidagi va auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.

Qondagi o'zgarishlarni aytib bering.

8 masala

Bemor 17 yoshda, jinsi ayol, vrach qabuliga kelganda emlashdan so'ng badanlarida tashmalar paydo bo'lganini, bo'g'inlarida og'riq borligi, yuzlarida yonoq sohasida va burunning usti bilan eritematoz tashma (kapalak simptomi) paydo bo'lganligiga shikoyat qildi. Bemorning bo'g'inlarda shish va qoni tekshirilganda LE hujayralar va siydigida oqsil borligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Nafas olish tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering

qondagi va siydigidagi o'zgarishlarni aytib bering.

9 masala

Bemor 20 yoshda, jinsi ayol, vrach qabuliga kelganda gripp kaslligiga chalingandan so'ng oqiz bo'shlig'ida shilliq qavatida yaralar poydo bo'lganligi, badanlarida tashmalar paydo bo'lganini, bo'g'inlarida og'riq borligi, yuzlarida yonoq sohasida va burunning usti bilan eritematoz tashma paydo bo'lganligi, yo'talga shikoyat qildi. O'pka auskultatsiya qilinganda krepatatsiya va qisman xriillashlar eshitiladi. Bemorning qoni tekshirilganda Vasserman reaksiyasi musbatligi va antinuklear omil mavjudligi aniqlandi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Buyrakda bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

qondagi o'zgarishlarni aytib bering.

10 masala

Bemor 18 yoshda, jinsi ayol, 15 haftalik homilador vrach gnekolog qabuliga kelganda qon tahlili olindi va tekshirilganda eritrotsitlar 3 mln-anemiya, leykotsitopeniya -3,4 ming va LE hujayralar antinuklear omil va Vasserman reaksiyasi musbatligi aniqlandi. homilador ko'zdan kechirilganida yuzlarida yonoq sohasida va burunning usti bilan eritematoz tashma borligi va sochlarini to'kilishi hamda bo'g'inlarida og'riq borligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Buyrak va siydikdagi o'zgarishlarni aytib bering.

Plevra va serroz pardalardagi hamda rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering.

11 masala

Bemor 22 yoshda, jinsi ayol, homilador, ayollar maslahat xonasida siydik analizi topshirdi va oqsil miqdorining ko'pligi, eritrotsitlar, leykotsitlar borligi aniqlandi. Bemorni so'rab surishtirganda bo'g'inlarida og'riq borligi sochlari to'qilishi va ko'zdan kechirganda badanlarida toshmalar borligi shu bilan birga kapalak simptomi musbatligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini aytib bering.

Bemorning qonida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Bemor serroz pardalaridagi va perkutor o'zgarishlarini aytib bering.

12 masala

Bemor 30 yoshda, jinsi ayol, davriy tibbiy ko'rik vaqtida vrach tomonidan sub'ektiv bo'g'inlarida og'riq, badanida toshmalar toshganligi va ob'ektiv yuzida kapalak sindromi musbatligi va qoni tekshirilganda Vasserman reaksiyasi musbatligi aniqlanib so'ng bemorga sistemali qizil bo'richa deb diagnoz qo'yildi. Ushbu kasallikka xos bemor shikoyatlarini (klinikasi) aytib bering.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorning qonidagi va siydigidagi o'zgarishlarini aytib bering.

13 masala

Bemor jinsi ayol, stomatolog qabuliga kelganda oqiz bo'shlig'ida yaralar borligini, tili tamni sezmasligini va yutinishda qiynalashini takidladi va bemor oqiz bo'shlig'i tekshirilganida og'zini qiyinchilik bilan ochishini

sezdi. Ko'zdan kechirganda kiset simptomi musbatligi, terisi yaltirab atrofiyaga uchraganligi, terisida teleangioektaziya va sochlari to'kilganligi aniqlandi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemorni ko'zdan kechiring.

qondagi, siydikdagi o'zgarishlarni aytib bering.

14 masala

Bemor vrach qabuliga kelganda qo'li va oyog' bo'g'inlarida og'riq borligi, terilarida toshmalar toshganligi, tirnoqlari terisiga botib, atrofida yaralar hosil bo'lganligiga, yutishining qiyinligi, lab atroflarida, yuzida, til uchida anemeniya. qo'l barmoqlarini oqarib qolishi (Reyno sindromi). Oqiz va ko'z shilliq qavatlari qurishiga (ko'zdan yosh oqmaydi), teri va lab terilari tortilganligi natijasida oqiz qiyin ochilishiga hamda oruqlashga shikoyat qildi. Bemorni ko'zdan kechirganda lablari atrofida burmalar ya'ni kiset simptomi musbatligi aniqlandi. Bemor rentgenografiya qilinganida plevra bo'shlig'ida suyuqlik to'planganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemordagi palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorning qoni va siydigida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

Bemordagi rentgenologik o'zgarishlarini aytib bering.

15 masala

Vrach qabuliga kelgan bemor ko'zdan kechirildi va sochlari to'kilganligi, lablarida kiset simptomi mavjudligi, qo'llari barmoqlari qo'lqopsimon oqarganligi aniqlandi. Bemor so'rab surishtirilganida ovqat tamini sezmasligi va yutinish qiyinligi aniqlandi. Bemorning ko'zdan kechirganda barmoqlarda sklerodaktiliya, terilarida teleangioektazi borligi namoyon bo'ldi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Serroz pardalarda bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

Suyak va mushak tizimidagi o'zgarishlarni ayting.

Bemordagi rentgenologik o'zgarishlarini aytib bering.

16 masala

Bemor vrach qabuliga kelganda so'rab surishtirilganida ovqat tamini sezmasligi va yutinish qiyinligi aniqlandi, obdon ko'zdan kechirildi va kaltsinoz, Reyno sindromi, ezofagit, sklerodaktiliya va teleangioektaziya ya'ni CREST sindromi mavjudligi ko'zga tashlandi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemorning oqiz bo'shlig'idagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorning bo'g'imlaridagi o'zgarishlarni aytib bering.

Rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering.

17 masala

Bemor jinsi ayol, o'zini 5 yildan buyon kasal deb biladi, vrach qabuliga kelganda so'rab surishtirishda og'zini ochishda qiynalish va lablari atrofida burmalar ya'ni kiset simptomi musbatligi aniqlandi, laborator qonida eritrotsitlar cho'kish tezligi 50 mm/sligi aniqlangandan so'ng sistemali sklerodermiya deb diagnoz qo'yildi.

Ushbu kasallikka xos bemorning shikoyatlarini aytib bering.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Oqiz bo'shlig'idagi va hazm tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Suyak va mushak tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorning qoni va siyigida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

18 masala.

42 yoshli bemor vrach qabuliga kelganda o'zini 15 yildan buyon kasalligini takidlab qo'l barmoqlari issiq xonadan sovuqqa chiqsa barmoqlari qonsizlanib qolishi (Reyno sindromi) bezovta qilishini aytdi. Oxirgi yillarda kichik bo'g'inlarida og'riq borligi (artrit), lablari va til uchlarida anemeniya, qattiq ovqatni yutishining qiyinligi bezovta qila boshladi. qonda EChT-32 mm/s, qisman LE hujayralar borligi aniqlandi.

Sizning taxminiy tashxisingiz.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Oqiz bo'shlig'idagi va hazm tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Suyak va mushak tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

19 masala

Bemor 32 yoshda, jinsi ayol, yurishda qiynalganligi tufayli harindoshlari vrach qabuliga olib kelishdi so'ng bemor ko'zdan kechirildi. Bemor boshini tikka ko'tarib tura olmaydi, yurishda oyog'ini ko'tarib yura olmaydi oyog'lari sudralib yuradi va qo'llarini ko'tarishga qiynaladi. Mushaklari palpatsiya qilinganda qattiq, xamirsimondir.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini (klinika) ayting.

Bemorning terisi va mushagida bo'ladigan o'zgarishlarni ayting.

20 masala

Bemor jinsi ayol, vrach qabuliga kelganda ko'ylagini kiyishda qiynalishi, ovqatni yutishda qiynalishi, suyuq ovqatni burundan chiqishiga shikoyat qildi. Bemor ko'zdan kechirilganda terisida toshmalar mavjud, mushaklari atrofiyaga uchragan va qattiq, xamirsimondir. qonda eritrotsitlar 3,7 mln, EChT 25 mm/s.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorning teri va mushaklaridagi o'zgarishlarni aytib bering.

Laborator tekshiruvlar natijasi qanday bo'lishi mumkin.

Sistemali kasalliklartest savollari bjavob variantlari

1-b	10-a	19-d	28-b	37-c
2-c	11-a	20-a	29-a	38-d
3-d	12-c	21-d	30-a	39-d
4-a	13-b	22-c	31-d	40-c
5-d	14-d	23-c	32-c	41-b
6-b	15-a	24-a	33-b	42-d
7-c	16-a	25-b	34-a	43-b
8-d	17-b	26-b	35-a	44-a
9-d	18-c	27-c	36-b	

Nazorat savollari va topshiriqlar

Sistemali qizil bo'richa kasalligi haqidagi malumotlarni aytib bering;

Sistemali qizil bo'richaning etiologiyasi patogenezini aytib bering;

Sistemali qizil bo'richa bilan kasallahgan bemorlarni ko'zdan kechirishda qanday o'zgarishlarni ko'rish mumkin;

Sistemali sklerodermiya kasalligihqidagi malumotlarni aytib bering;

Sistemali sklerodermiya etiologiyasi patogenezinini aytib bering;

Sistemali sklerodermiya bilan kasallahgan bemorlarni ko'zdan kechirishni aytib bering;

Sistemali dermatomiozit qanday kasallik u haqida tushuncha bering;

Sistemali dermatomiozit etiologiyasi patogenezini aytib bering;

Sistemali dermatomiozit bilan kasallahgan bemorlarni ko'zdan kechirishni aytib bering;

Revmatoidli poliartrit haqida malumot bering;

Revmatoidli poliartrit etiologiyasi patogenezini aytib bering;

Revmatoidli poliartrit bilan kasallahgan bemorlarni ko'zdan kechirishni aytib bering;

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.
2. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.
3. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b
4. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b
5. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b
6. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b
7. U.B. Sharopov, F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b

8. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 532 b
9. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
10. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
11. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
12. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y

Qo'shimcha adabiyotlar

13. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laborotornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
14. Y.P.Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b
15. M.T. Abramova Gematologicheskii atlas M. Meditsina 1979 y. 320 b
- 16.A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnoz vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b
17. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988 y. v dvux tomax. 973 b
18. Vuddi M i A. Uedan."Praktika". Terapevticheskii spravochnik Vashingitonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
19. AbuAli Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
20. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
21. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
22. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D., Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
23. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
24. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru,
www.cardiosite.ru, www.consilium-medicum.ru.

Nafas va yurak qon tomir kasalliklariga shoshilinch yordam. Koma va anafilaktik shok holatida shoshilinch yordam.

Astma xurujining (pristupining, bo'g'ilish simptomining) uzoq muddat kechishi yoki davom etishi, organizmning yangi holati- astma statusiga (status astmatics) o'tishi (o'tkir boshlanishi ham) mumkin. Ushbu statusni og'ir kechishi bronxial astmani klinik kechishini o'zgarganligidan dalolat beradi. Simpatomimetik va bronxolitiklarga rezistentligi, total o'pka obstruksiyasini tez rivojlanishi, o'tkir o'pka yurak, gipoksemik koma, gipoksemik giperkapniya, to'qimalar anoksiyasi va ikkilamchi politsitemiya kabi astma statusi (AS) simptomlari, bo'g'ilish simptomlaridan farq qiladi.

AS ni uchta bosqichi mavjud;

I-bocqich bu masofadan eshitaladigan shovqinlarni mos kelmasligi ular ko'p, lekin auskultatsiyaga sust, nafas fonida tarqoq quruq xrillashlar kam. Yurak auskultatsiya qilinganda o'pka arteriyasida II ton aktsenti va II tonni ikkilanishini eshitishimiz mumkin. Yurak glikozidlariga rezistent taxikardiya yoki gipertenziyaga moyil bo'ladi. Bemorlarda tsianoz yaxshi rivojlanmagan va vahima hissi kuchaya boradi.

II bosqichda bronxlarni total obstruksiyasi bilan birga chuqur darajadagi nafas etishmovchiligi kuzatiladi va taxipnoe yoki oligopnoe bilan kechadi. O'pka ekskursiyasi cheklanadi. Bronx va bronxiolalarda shilliqsimon balg'am to'planishi va ularni obstruksiyasi munosabati bilan quruq xrillashlar kam va past eshitaladi va hatto yo'qolishi ham mumkin Gung o'pka (havo kirmaydi va chiqmaydi). Bu bosqishda gipertoniya gipotoniyaga ham o'tadi. Dekompensatsiyalangan atsidoz va giperkapniya rivojlanadi.

III bosqichda gipoksemik koma rivojlanadi. Bemorlarda ASning barcha klinik simptomlari bilan birga diffuz tsianoz rivojlanib, sekin asta xotiralari yo'qoladi hamda barcha reflekslar so'na boshlaydi. Bu vaqtda Gung o'pka bilan birga yurak tonlari susayadi, puls kichik va tezlashadi, qon bosimi tushib, kollaps rivojlanadi. Nafas markazi paralichidan bemorlar vafot etadilar.

AS ning sabablari bu asosan β -adrenergik retseptorlarning katexolaminlar metabolizmining oraliq maxsulotlari bilan qamali (blokada) dir. AS ning rivojlanishiga uzoq muddat simpatomimetiklar, sedativ, antigistamin, uyqu chaqiruvchi dorilar olib kelish ehtimoli ko'proq. Bundan tashqari garmonal dori moddalarini bermay qo'yish, giposensibilizatsiyani noto'g'ri boshlash, surunkali kasalliklar xuruji yoki o'tkir yallig'lanishli kasalliklar ham olib keladi.

Patologoanatomik o'zgarishlar: Makroskopik: shilliqli balg'am bilan bronxlar obturatsiyasi, emfizema, bronxospazm. Mikroskopik-qadoqsimon hujayralar va shilliq ishlab chiqaruvchi bezlar ko'paygan va kipriksimon hujayralar kamaygan, bazal membrana qalinlashgan, bronx devorlarida eozinofillar ko'p.

Klinikasi; yo'tal va kuchayib boruvchi expirator hansirash, bo'g'lish simptomi, gipoksiya natijasida yurak sohasida og'riq, nafas etishmovchiligi bezovta qiladi.

Astma statusi-bu shunday holatki, bunda bemorlar majburiy holat egallaydi va bemorlar o'tirib ikala qo'llari bilan krovatga yoki erga tayanib turadilar. Bemorlarni ko'zdan kechirganda terilari rangida tsianoz ko'rish mumkin, og'izlarini ochib nafas oladilar, burunlari kengaygan, boyin venalari bo'rtib chiqqan, ko'krak qafasi shishgan-emfizematoz, qovurg'alar orasi kengaygan, nafas olish aktida yordamchi mushaklar ishtirok etadi. O'pka exskursiyasi cheklangan. **Palpatsiyada** ovoz drillashi susaygan, **perkussiyada** quticha yoki timpanik tovush eshitiladi. O'pkaning rastki chegarasi pastga va yuqori chegarasi yuqoriga siljigan. O'pka exskursiyasi cheklangan. Yurakning absalyut to'mtoqlik chegarasi kichraygan va o'ngga siljishi mumkin. Dimlanishlar hisobiga jigarning perkutor o'lchami kattalashishi mumkin. **Auskultatsiyada** sust nafas fonida, qisman quruq xriillashlar eshitiladi yoki umuman nafas shovqinlari eshitilmasligi (gung o'pka) mumkin. Yurak tonlari susaygan va taxikardiya eshitiladi. Bronxofoniya susaygan. **Tashqi nafas funktsiyasi** tekshirilganda obstruktiv yoki pnevmoskleroz bilan birga kelganda aralash tipi bo'ladi. Qoldiq havo hajmi ortadi va nafas chiqarish rezerv hajmi kamayadi. Nafas chiqarish tezligi susayadi 60% dan kichik bo'ladi. Laborator tekshirish: Qonda kompensator eritrotsitoz, leykotsitoz, eozinofilyoz, nisbiy gipovolemiya kuzatiladi. Balg'am tekshirilganda eozinofillar, epiteliy hujayralar, Sharko-Leyden kristallari va Kurshman spirallarini ko'rishimiz mumkin.

Shoshilinch yordam: Kislota-ishqor holatini nazorat qilib oksigenoterapiya bilan boshlab, shoshilinch holda garmonal preparatlar prednizolon 40-60-80 mg (deksametazon, polkartolon, deksametazon) vena ichiga. Bronxospazmolitik xususiyatga ega bo'lgan simpatomimetiklar (adrenalin 0,4-0,5-0,1%) yoki shuncha miqdorda atropin sulfat (0,1%-0,4) teri ostiga, qon bosimi yuqori va taxikardiya bo'lmasa va u qator preparatlar (astmopent, novodrin), eufillin eritmasi 2,4% 10,0; 15,0 vena ichiga 0,9%-10,0 natriy xlorini fiziologik eritmasiga, taxikardiya chaqirishi munosabati bilan va o'pka yurak etishmovchiligida vena ichiga 0,05%-0,3 - 0,5 strofantin (0,5-1,0-0,06% korglikon) yuboriladi. Ingalyatorlar astmopent, oksiprenalin, berotek, salbutamol va h.k. Antigistamin preparatlari suprastin 1,0-2,0 (tavegil, pipolfen, diazolin, loratol, fenkarol, ketotifen). Shular bilan birga atsidozni oldini olish maqsadida vena ichiga tomchilab 4%-250-500,0 natriy bikarbonat eritmasi quyiladi. Balg'amni yumshatish, suyultirish maqsadida vena ichiga 10%-10,0 natriy yoditi yuboriladi. Bular yordam qilmaganda A.V. Vishnevskiy usulida vagosimpatik paratraxeal qamal (blokada) qilinadi. Agarda gung o'pka hosil bo'lganda steroid garmonlar dozasi kopaytirilib, yoki traxeya intubatsiyasi, yoki suniy o'pka ventilyatsiyasi (apparatda) o'tkaziladi. Degidratatsiya oldini olish maqsadida 1,5-2,0 litrdan kam bo'lmagan qonni almashtiruvchi suyuqlaklar quyiladi. O'pka shishini oldini olish maqsadida suyuqliklarga qo'shib diuretiklar qilinadi hamda kaliy xlor eritmasi va boshqa kaliy preparatlari qo'shiladi. Bu ko'rsatilgan yordamlar naf bermasa bemorlar narkoz (ftorotan) qilinadi.

Parhez: berilmaydi-syt, tuxum, er tuti (klubnika), sitrusli mevalardan limon, apelsin, mandarin, ananas, qovun, yong'oq va shunga o'xshash maxsulotlar, bazi bir baliq maxsulotlari, o'rdak, g'oz, kurka (indeyka) go'shlari, shokolad, kofe, kakao maxsulotlari, uksus, gorchitsa, mayonez, rediska, asal, alkogolli ichimliklar, fanta, kola singari ichimliklar, zamburug'li maxsulotlar va h.k.

Sanatoriya va kurortlarga davolash asosan zoomin va oqtosh yaxshi naf beradi, remissiya vaqtida yuborish kerak.

Anafilaktik shok, klinik diagnostikasi, shoshilinch yordam

Anafilaktik shok tez tipdagi allergik reaksiya bo'lib markaziy asab tizimining dastlab qo'zg'alishi va keyinchalik pasayishi, bronxospazm, keskin arterial gipotoniya bilan xarakterlanadi.

Etiologiya. Anafilaktik shokning sababi bo'lib, organizmga sensibilizatsiya chaqiruvchi moddalarni qayta tushishi hisoblanadi. Bu kupincha dori moddalar penitsillin, streptomitsin, novokain, vitamin V1, boshqa antibiotiklar, sulfanilamidlar, vaksinalar, zardoblar, usimlik changlari va boshqalar sanaladi. Takidlash lozimki, anafilaktik shok ilgari ishlatilgan antibiotiklarni qo'llanilganda (penitsillinga oz miqdorda sinov o'tkazishda) yoki birta shprints, nina orqali ikkinchi xil dorini takror ishlatilganda ro'y beradi. Anafilaktik shokka moyilligi bo'lgan bemorlarni anamnezi so'ralganda ularda allergik reaksiyani ma'lum darajada belgilarini aniqlash mumkin bo'ladi. Odatda anafilaktik shok dorilarni parenteral va shilliq qavatlariga yuborilganda yuzaga keladi. Ba'zan hasharotlar chaqishida ham anafilaktik shok ro'y beradi.

Patogenezi. Antigenni organizmga (dori modda, vaksina va b.q.) birlamchi tushishida antitelo hosil bo'lishi, har xil to'qimalarda maxkam o'rinishi kuzatiladi. Bu moddalarni organizmga takror tushishida antigen-antitelo kompleksi hosil bo'ladi. Bunda xujayralardan qonga ko'p miqdorda biologik faol moddalar gistamin, bradikinin, serotonin va boshqalar chiqadi, bular har xil a'zo va tizimlarga ko'p tomonlama ta'sir etadi, silliq mushaklar spazmiga, qon tomir devorining o'tkazuvchanligini oshishiga olib keladi. Antigenni sirkulyatsiyadagi antitelolar bilan bog'lanishi komplementni faollashuviga, anafilotoksin paydo bo'lishiga olib keladi. Anafilaktik shok moddalarni birlamchi tushishida ham hosil bo'lishi mumkin.

Klinik manzarasi. Anafilaktik shok manzarasi o'ziga xos xususiyatlariga ega. Ko'rsatib o'tilganidek anafilaktik shok tez fursatda, allergenni organizmga tushgandan so'ng bir necha soniya yoki daqiqada (yarim soatgacha) rivojlanadi. Birlamchi simptomi bo'lib bosh aylanishi, bosh og'rig'i, qo'rquv hissi, bezovtalik, sovuq ter bosishi, hansirash, ko'krak qafasida qisilish (siqilish) hissi, yo'tal xuruji paydo bo'ladi. Ayrim hollarda bir vaqtda teri qichishi, urtikar toshmalar, allergik shishlar, taxikardiya, yurak sohasi sanchib og'rishi, bemorning beli sohasida kuchli og'riq bo'ladi, qorinda og'riq, qusish, ich ketish, talvasa tutishi kuzatiladi. Keyinchalik klinik belgilar o'zgaradi, tez orada halqum shishi, asfiksiya, kuchayib boruvchi gipotoniya, ichki a'zolar shishi va qon quyilishi (ayniqsa bosh miyada qon quyilishi xavfli) yuzaga keladi. Og'ir holatlarda bemor xushini yo'qotadi buning oqibati yomon tugaydi.

Davolash. Birinchi navbatda allergenni ta'sirini to'xtatish (dori yuborilishini to'xtatish agar vena ichiga yuborilayotgan bo'lsa, boshqa doridan bo'lsa uni berilishini to'xtatish, mushak orasiga yuborilgan bo'lsa atrofiga adrenalin yoki noradrenalin eritmasini yuborish, agar hasharotlar chaqishidan bo'lsa chaqgan joy yoki hasharot chaqgan joyni yuqorisidan jgut bog'lash, antigistamin vositalar (dimedrol, suprastin, tavegil, pipolfen, loratal, fenkarol, ketotifen va b.q.), antiallergik, yallig'lanishga qarshi glyukokortikosteroid garmonlar (prednizalon, deksametazon, gidrokortizon va b.q.) beriladi. Har bir individual holat uchun simptomatik davo qilinadi, No-spa, baralgin, platifillin va b.q. oksigenoterapiya, yurak glikozidlari-strofantin, korgluqon, digoxin va h.k., angiotonik vositalar va boshqalar qo'llaniladi. Isitmasi ko'tarilishi munosabati bilan analgin 50% 2,0 va dimedrol 1%-1,0 vena ichiga yuboriladi.

Tabiiy sharoitda bankalar, xantalmalar (garchichnik), grelkalar qo'yib, issiq suv berib turish ma'qul.

Nazorat savollari va topshiriqlar

Astma statusi haqida tushuncha bering va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting.
Krupoz pnevmoniya tushuncha va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting;
Stenokardiya xuruji haqida tushuncha va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting;
O'tkir miokard infarkti haqida tushuncha va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting;
Yurak etishmovchiligi haqida tushuncha va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting;
Gipertonik kriz haqida tushuncha bering;
Gipertonik kriz shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting;
Anafilaktik shok haqida tushuncha bering va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting;
Kardiogen shok haqida tushuncha tushuncha bering va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting;
O'pka shishi haqida tushuncha tushuncha bering va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting;

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.
2. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.
3. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b
4. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b
5. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b
6. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b
7. U.B. Sharopov, F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b

8. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 532 b
9. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
10. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
11. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
12. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y

Qo'shimcha adabiyotlar

13. L.B. Kazlovskaya, M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laborotornim metodam issledovaniya M. Meditsina 1975 y. 354 b
14. Y.P. Shuvalova. Infektsionniye bolezni M. Meditsina 1976 y. 486 b
15. M.T. Abramova Gematologicheskiy atlas M. Meditsina 1979 y. 320 b
16. A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnoz vnutrennix bolezney. M. Meditsina 1987 y. 650 b
17. M.D. Mashkovskiy. Lekarstvenniy sredstv M. Meditsina 1988 y. v dvux tomax. 973 b
18. Vuddi M i A. Uedan. "Praktika". Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
19. AbuAli Ibn Sino Kanon Vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
20. A.N. Okorokov Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
21. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Meditsina 2005 y. 890 b
22. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D., Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
23. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
24. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru,
www.cardiosite.ru, www.consilium-medicum.ru.

Radiatsion nurlanishlar. Ionlovchi nurlanishning asosiy turlari, ularning organizmga tasiri.

Harbiy dala terapiyasiklinik, tibbiyfan hisoblanib, asosiy vazifalariga kiradi;

1. Qo'shinlarni turlisharoitlarga va jangovot jarakotlar vaqtiga yaradorlarga va bemor harbiylargatibiy yordam ko'rsatish choralari ishlab chiqish, ularni ilmiy asoslash, takomillashtirish va amalga oshirishdan iborat.
2. Ommaviy qirg'in qurollari (yadro, ximiyoviy, bakterial qurollar) ishlatilganda inson organizmida kelib chiqadigan ichki organlar kasalliklarining sabablari, kechishi, kasalliklarni barvaqt o'z vaqtida aniqlash, davolash va oldini olishni o'rganish.
3. jangovor harakatlar vaqtida shikastlanish (kuyish, yarador bo'ish, kontuziya kabi holatlar) oqibatida ichki azolarda kelib chiqadigan patologik holatlarni o'rganish, ularni davolash hamda oldini olish.
4. qo'shinlarni jangovor harakatlari vaqtida uchraydigan kasalliklarning kelib chiqishi va ularni davolashni o'rganish kelib chiqadi.

Harbiy dala terapiyasi oldiga tez o'zgaruvchan sharoitlarda, qo'shin turlari (quruqlikdagi qo'shinlar, dengiz floti, aviatsiya, tank qo'shinlari va b.q.) va turli xil ommaviy qirg'in qurollari qo'llaniladigan bir sharoitda yuqori malakali tibbiy yordam ko'rsatish vazifasini orgatish harbiy dala terapiyasini asosiy vazifasidir.

Bularning barchasi yaradorlar va bemorlarni tibbiy ko'chirish bosqichida terapevtik yordam ko'rsatish tadbirlariga tasir etib, sharoitiga qarab ko'rsatiladigan tibbiy yordam ham o'zgaradi. Ionlashtiruvchi nurlanishlar manbai tabiiy va sun'iy bo'lishi mumkin.



Bular tinch vaqtda uran qazib oluvchi konlarda, atom elektrostantsiyalar nosozligi tufayli, nurlantiruvchi instrumentlar bilan ishlovchilarda -himoya kiyim vositalaridan foydalanmagan taqdirda va urush vaqtida atom bombalarning portlatish natijasida sodir bo'ladi.



Radiatsion jarohatlanish organizmga yadroli portlash va radioaktiv bulut izining har xil ionlanuvchi nurlari ta'siri natijasida ham vujudga keladi.

Ionlanuvchi nurlanishlar: elektromagnit va korpuskulyar nurlanishlarga bo'linadi.

1. Elektromagnit nurlanish: rentgen nurlari, gamma nurlar, tormozli nurlanish

2. Korpuskulyar nurlanish: alfa zarralar- geliy yadrosi, betta zarralar-elektronlar, protonlar, neytronlardir.

Korpuskulyar nurlanish. 1. Alfa zarralar musbat zaryadlangan geliy yadrolari bo'lib, 2 ta proton va 2 ta neytronlardan iborat. Ular yuqori zichlikdagi ionlanishga olib keladi. Alfa zarralarning to'qimalardan o'tish qobiliyati millimetrlarning yuzdan bir qismiga teng.

Betta zarralar- bu elektronlar bo'lib, manfiy zaryad va pozitronlardan iborat bo'lib, musbat zaryadlanadi.

To'qimalardan o'tish qobiliyati 2,5 mm.



Elektromagnit nurlanish. 1. Rentgen va gamma nurlar eng kuchli o'tuvchi qobiliyatga ega- bir necha 10 sm. Organizm to'qimalari bilan ta'sirlashadi va tez uchuvchi elektronlar hosil qiladi. Hosil bo'lgan energiya esa too'iqimalar molekulasini ionlatishga sarflanadi.

2. Tormozli nurlanish moddadan katta tezlikdagi zaryadlangan zarralar o'tganda vujudga keladi.

Ionlovchi nurlanishlarning biologic tasiri. Ionlovchi nurlanishlar to'qima bilan ta'sirlashib, atom va molekulalarni ionlashtiradi va ko'zg'atadi, ximik bog'lar buziladi va kuchli reaksion maxsulotlar hosil bo'ladi.

Ionlovchi nurlanishlarning biologik ta'siri nurlanish turi, dozasi, ya'ni yutilgan energiya miqdoriga, nur ta'sirining davomiyligi, nurlangan tana yuzasining hajmi va lokalizatsiyasi hamda organizm reaktivligiga bog'liq. Yutilgan nurlanish dozasing birligi «grey» dir (1 grey 100 radga teng).

Oxirgi 40 yil ichida AES lar ekspluatatsiyasi natijasida 4 ta yirik avariya sodir bo'lib, nurlanish manbasi boshqaruvi buzilishi natijasida vujudga kelgan va atrof muhitga ko'p miqdorda radioaktiv moddalar chiqib, insonlar sog'ligiga zomin bo'lgan:

V 1957 yilda- Uindkeym (Angliya) atom markazida
 1979 yilda- Trimayl Aylendda (AKSh)
 V 1986 yilda- Chernobil AES ida.



2011 yilda yaponiya AESida.

Nurlanishlarning SI sistemasida qabul qilingan asosiy o'lchash birligi qilib:

- Bekkerel (Bk)
- Grey (Gr)
- Zivert (Zv)

Sistemadan tashqari birliklar:

- Kyuri ($1\text{Ki} \approx 3,7 \times 10^{10}\text{Bk}$)
- Rad ($1\text{Rad} \approx 0,01\text{Gr}$)
- Ber ($1\text{Ber} \approx 0,01\text{Zv}$) olingan.

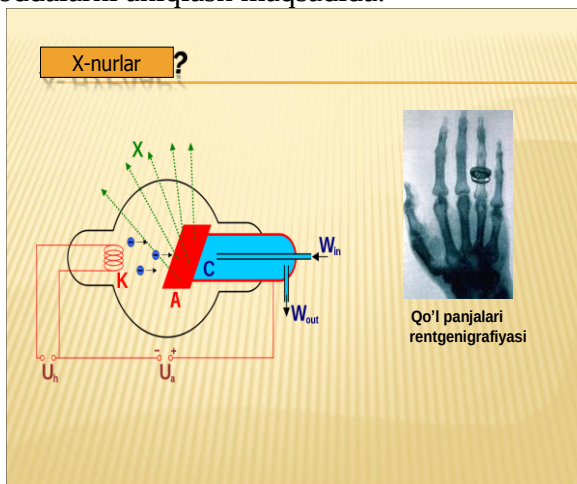
Insonlar hayot faoliyati davomida ayrim nurlarni ishlatadi. Rentgen nurlarning ishlatilishi.
 Meditsinada.

Sanoatda-xom ashyolarda defekt topishda (rels, yoriqlarni svarka qilish (svarochnix shvax) i va b.q.) rentgen nurlari yordamida rentgen defektoskop.

Materialovedeniya, kristallografiya, ximiya va bioximiya atom darajasida moddalar strukturasini rentgen nurlar yordamida aniqlashda difraksiya rentgen nurlarning tarqalishi (rasseyaniya) (rentgenostruktur analiz) yordamida. Misol qilib DNK strukturasini aniqlashni olish mumkin.

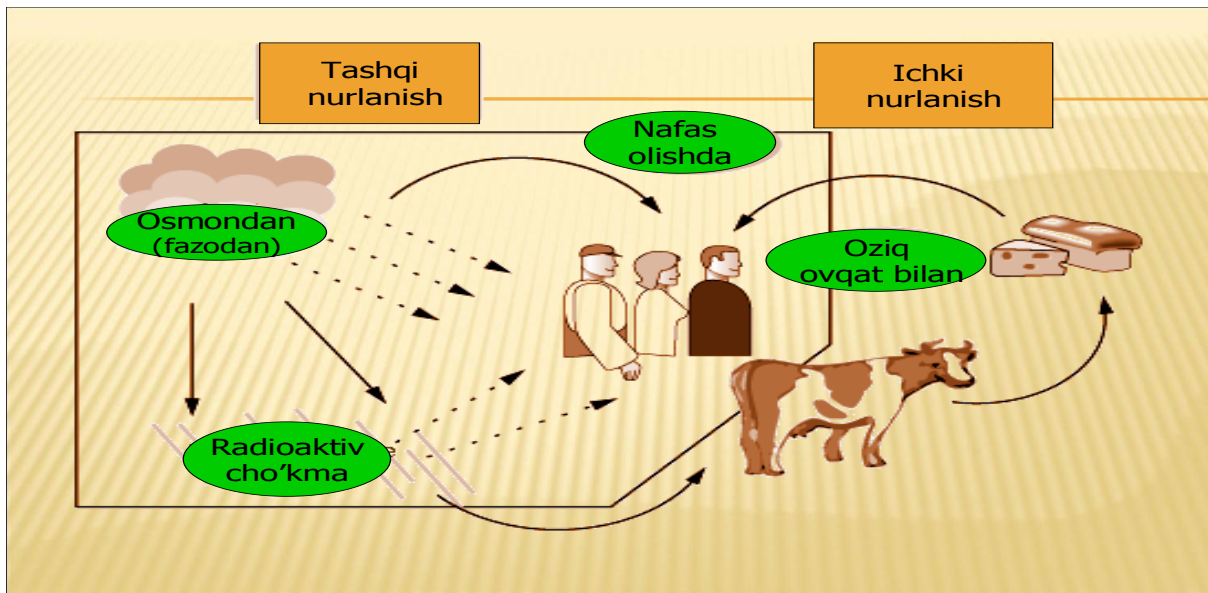
Moddalarning ximiyaviy tarkibini aniqlashda.

Aeroportda faol ishlatiladi rentgenotelevizion introskop, qo'l bagachlari va boshqa bagachlar tarkibini aniqlashda xatarli va boshqa portlovchi moddalarni aniqlash maqsadida.



Organizmning nurlanishi tashqi, ichki va aralash bo'lishi mumkin:

Tashqi nurlanishda tananing himoyalangan qismiga havodan, yerdan tushadi va ichki nurlanishda radiatsiya havo orqali nafas yo'llariga hamda oziq ovqat maxsulotlari bilan ovqat hazm qilish traktiga tushib organizmga tasir qiladi.



Ionlashtiruvchi nurlanishning biologik ta'siri turli omillarga bog'liq: nurlanish turi, dozasi, nur ta'sirining davomiyligi, nurlangan tana yuzasining hajmi va lokalizatsiyasi hamda organizm reaktivligidan.

Ionlashtiruvchi nurlanishning organizmga ta'sir qilish sharoiti va xarakteri turli xil bo'lishi mumkin. Yadroli portlash radiatsiyasi, betta-gamma-nurlanishlar aralashmasi, shuningdek ichki radioaktiv zaharlanishlarning tashqi ta'siri natijasida radiatsion zararlanishlar kelib chiqishi mumkin. Nisbatan bir xil tashqi nurlanish natijasida o'tkir nur kasalligi kelib chiqadi. Odam organizmiga ionlashtiruvchi nurlanishning 1 greydan ko'p ta'sir qilish natijasida O'NK kelib chiqadi. 1 greygacha oxirgi yo'l qo'yib bo'ladigan doza hisoblanadi.

Tananing ayrim qismlariga ionlashtiruvchi nurlanishning etarlicha yuqori dozada ta'sir qilishi natijasida mahalliy radiatsion zararlanish kelib chiqadi. Maxalliy radiatsion zararlanishning sinuvchi nurlanish chaqiradigan (neytronlar, gamma-nurlar, rentgen nurlari) va teriga kam sinuvchi nurlanishlari (beta va alfa nurlanishlar) farqlanadi. Radiatsion ta'sirini birinchi turida nurlangan sohaning barcha to'qimalari zararlanadi (teri, teri osti kletchatkasi, tomirlar, nervlar, suyaklar), ikkinchi turida esa ko'proq teri zararlanishi kelib chiqadi.

O'tkir mahalliy radiatsion zararlanishlar kechishining davriyligi va og'irlik darajasining xilma xilligi bilan xarakterlanadi. Radioaktiv moddalar tufayli organizm ichiga sinuvchi radiatsion moddalar. Radioaktiv moddalar bilan zaharlangan hududda γ – nurlar va β – zarrachalar bir vaqtda tashqi ta'sir qilishi mumkin, bunda radioaktiv moddalar organizm ichiga kirishi mumkin, ayniqsa ularning radioaktiv bulutdan tushish davrida. Ushbu radioaktiv moddalar yadro bo'linish maxsulotini ifodalaydi, qaysikim tarkibiga ko'p sonli radioaktiv izotoplar kiradi. Bular ichida yod, strontsiy, seziy, bariy, tsirkoniy izotoplari eng xavfli bo'lib hisoblanadi. Nafas olish tizimi va ovqat hazm qilish trakti ularning kirish yo'li hisoblanadi.

Organizmga kirgach, ayrim izotoplar (strontsiy, ittriy, tsirkoniy) suyaklarda to'planadi va ushlanadi, boshqalari (tseriy, lantan) jigarda, uran buyrakda, yod esa to'raligicha qalqonsimon bezda shimiladi.

Adabiyotlardagi ma'lumotlarga qaraganda, yadroli qurolni nurli zararlanish og'irligini tashqi nurlanish dozasi bilan aniqlaniladi, ichki nurlanish esa ikkinchi darajali ahamiyatga ega bo'ladi. Ichki radioaktiv zaharlanishda rivojlanuvchi nur kasalligining diagnostikasi mumkin. Anamnez ma'lumotlaridan yadroli portlash maxsulotlarining organizmga kirish ehtimolligini hisobga olish ahamiyatli. Diagnostikada qon, siydik, axlat, balg'am radiometrik tekshirishlari, shuningdek, tashqi tana dozimetriyasi muhim hisoblanadi.

Radiatsion zararlanishlar: Klinik turlari: O'tkir, O'ta o'tkir (yashin) turlari, ichak, toksemik, serebral shakllari mavjud.

Tashqi nisbatan bir xil nurlanishdan o'tkir nur kasalligi (tipik turi).

Tashqi bir xil nurlanishdan o'tkir nur kasalligining tana asosiy segmentlari ararlanishi bilan (bosh, ko'krak, qorin).

Umumiy nurlanishdan o'tkir nur kasalligi.

Surunkali:

Umumiy nurlanishdan surunkali nur kasalligi.

Asosan mahalliy nurlanishdan surunkali nur kasalligi.

Surunkali nur kasalligining qo'shilgan va o'tuvchi turlari.

Nurlanish ta'sirining xarakteri:

Tashqi umumiy gamma – neytron nurlanish.

Tashqi umumiy impulsli gamma – neytron nurlanish.

Tashqi umumiy betta – gamma nurlanish.

Tashqi impulsli yoki uzaytirilgan gamma – neytronli yoki betta – gamma nurlanish, asosan tananing bir segmentida.

Kontaktli betta – gamma nurlanish.

Tashqi uzoq takroriy yoki aralash nurlanish.

Turli xil birikmalarda uzoq muddatli umumiy va mahalliy ta'siri.

NUR KASALLIGI

Nur kasalligi atom va vodorod bombasi portlashi, yadro reaktorlari portlashi, davolash maqsadida nurlatilganda, atomelektrostantsiyalar portlaganda va h.k.lar natijasida hosil bo'uvchi mexanik, issiqlik va ionlovchi nurlanish natijasida yuzaga keladi. Atom bombalarning quvvatiga qarab, tasir maydoni katta bo'ladi. Bir kilotonnadan bir megatonnagacha quvvatga ega bo'lgan bombalarning tasir maydoni quyidagicha;

1. portlash to'liqini 8-33 kilometr;
2. issiqlik tasiri 6-30 kilometrgacha;
3. ionlovchi nurlar tasiri 3-6 kilometrgacha radiusga ega bo'lgan masofani qamrab oladi. Portlash natijasida hosil bo'lgan ionlovchi nurlar γ -nurlar va neytronlar oqimi ko'rinishiga tasir qi'ladi. Atom bombalarning portlashi natijasida kopincha aralash jarohat olinadi. Portlash to'liqini va nurlanish, kuyish va nurlanish kabi jarohatlar olinadi. Bu albatta shikastlanuvchi portlash markazidan qanchalik uzoqlikdaligiga bog'liq. Bazanda bombalar tasiri bilan birga (kuyish, nurlanish, portlash to'liqini tasiri) yarador bo'lish ham kuzatiladi. Nur kasalligi kechishiga ko'ra o'tkir va surunkali nur kasalligiga bo'linadi.

O'TKIR NUR KASALLIGI

Hozirgi paytda nur kasalligi o'z kechishiga ko'ra, engil, o'rta, og'ir va juda og'ir ko'rinishlarda o'tadi. Yutilgan doza miqdoriga ko'ra 1 greydan 2 greygacha bir tekis nur olgan tanada kasallik engil o'tadi. 2 greydan 4 greygacha o'rta, 4 greydan 6 greygacha og'ir va 6 greydan oshganda juda og'ir nurlanish holatlari kuzatiladi.

Bir greydan 10 greygacha nurlanish olgan tanada asosan suyak iligi zararlanishi bilan bog'liq o'zgarishlar ro'y berib, o'tkir nur kasalligining bu ko'rinishi suyak iligi nomini olgan va kechishiga ko'ra 4 bosqich farqlanadi:

1. Boshlang'ich davr yoki birlamchi reaksiya bosqichi
2. Yashirin davr yoki soxta tuzalish bosqichi
3. Avj olish bosqichi
4. Tuzalish bosqichi.

20 greygacha nurlanish olgan hollarda qon ishlab chiqaruvchi a'zoldan tashqari, ichak epiteliysi zarar ko'radi. Ichakdagi o'zgarishlar shu qadar tez kechadiki, bemor qon ishlab chiqaruvchi a'zoldagi jarayon izdan chiqmay turib ham nobud bo'lishi mumkin. 10 greydan-20 greygacha nurlanganlarga qon yaratuvchi azoldagi o'zgarishlar bilan birga ichak epiteliylari ham zararlanadi. Ichakdagi o'zgarishlar juda tez kechishi natijasida (ich suyuq o'tishi, qusish) qondagi o'zgarishlarsiz ham bemorlar vafot etishlari mumkin, organizmni suvsizlanishi hisobiga. 20 greydan ko'proq nurlanish oqibatida o'tkir nur kasalligi toksik va serebral ko'rinishlarda kechib, bunda bir kecha-kunduz, hatto bir necha soat ichida bemor o'lishi mumkin. Harbiy terapevtlar uchun suyak iligidagi o'zgarishlar bilan kechuvchi nur kasalligini o'rganish ahamiyatlidir. Bu kasallikning o'ziga xos tomonlaridan biri, uning davriy kechishidir. Bunda 4 davr kuzatiladi: 1) boshlangich yoki organizmning nurlanishga dastlabki javob davri; 2) yashirin yoki kasallik belgilari go'yo yo'qolib borayotgandek davr; 3) qo'zg'alish yoki kasallikning barcha belgilari yuzaga chiqadigan davr; 4) tuzalish davri.

Kasallikning **engil** darajada kechish bosqichida bemorlar kasalxonaga yotqiziladi, ammo, maxsus davo choralari ko'rilmaydi. Nurlanish 2 greyga yaqinlashsa va undan oshganda qonda agranulotsitoz kuzatiladi, bu holatda yuqumli kasalliklar avj olishi mumkin, buni oldini olish maqsadida antibiotiklarni qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi.

O'rtacha og'irlikdagi bemorlarda agranulotsitoz bilan birga trombositopeniya kuzatiladi. Bunday bemorlar barcha asbob uskunalarga ega bo'lgan shifoxonalarda yotqiziladi, boshqalardan ajratilgan holda qon preparatlari, antibiotiklar va qon yaratuvchi azolar faoliyatini yaxshilovchi preparatlar beriladi.

Kasallikning **og'ir darajasida** suyak iligi bilan bir qatorda meda ichak azolari ham izdan chiqadi. Bunday bemorlarga murakkab jarayonlarni davolash tajribasiga ega bo'lgan, maxsus jarrohlik bo'limi mavjud bo'lgan va qon quyish shifoxonalarida yotqizilishi kerak hamda ushbu yordamlar ko'rsatilishi lozim.

Kasallik **o'ta og'ir kechganda** yuqori malakali va turli tibbiy sohadagi mutaxassislari mavjud, maxsus qon kasalliklari shifoxonalarida davolanishlari zarur. Bu toifadagi bemorlarda suyak iligi ko'chirib o'tkazilishi shart. A.I. Vorob'yov fikricha "suyak iligi yaxshilab ko'chirib o'tkazilmasa, bemor sog'ayishiga umid qilib bo'lmaydi".

O'tkir nur kasalligi belgilari. Kasallikning boshlangich davri. Kasallikning dastlabki belgilari bemor qancha nur olganiga qarab namoyon bo'ladi. Nurlanish kam bo'lganda 18 – 24 soat, o'rtacha miqdordagi nurlanishda 4 – 10 soat, kuchli nurlanish olganda esa 1 – 3 soatdan so'ng odam kamharakat bo'lib, uyqu bosadi, tana harorati ko'tarilib, ko'ngli ayniydi, kusadi. Ko'p miqdorda nurlanganlar ko'p qaytqiladi, sillasi qurib, ba'zan hushidan ketadi. Oz va o'rtacha miqdorda nur olganda qon tarkibida bir oz neyetrofilli leykotsitoz, og'ir hollarda tezda leykopeniya yuzaga keladi; eritrotsitlarning cho'kish tezgili (EChT) odatda bir qadar sekinlashadi.

3 – 4 kundan so'ng kasallik yashirin davrga o'tadi va u 3 – 5 kundan 14 – 21 kungacha davom etadi. Bunda bemor ahvoli odatda yaxshilanadi, lekin periferik qon o'zgarishlari zo'rayadi; neyetro- va limfopeniya, trombositopeniya va retikulotsitlar soni kamaygan holda leykopeniya avj oladi.

Kasallikning qo'zg'alish davri uning belgilari tez namoyon bo'lishi bilan kechadi. Bemor holsizlanib, zaharlanish belgilari yuzaga keladi. Teri ostiga qon quyiladi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, tomoqlari yara bo'lib ketadi. O'tkir nur kasalligi og'ir kechganda og'ir yarali-eroziv enterokolit qo'shilib, tana harorati ko'tarilib ketadi.

Yurakda og'ir distrofiya, nekroz, o'pkada qon quyilgan zotiljam o'choqlari paydo bo'ladi. Ichki sekretiya bezlari faoliyati buzilib, jinsiy a'zolar zararlanadi, goho bepustlik rivojlanadi. Engil hollarda nerv sistemasida funktsional vegetativ – astenik hodisalar, og'ir hollarda bosh miyaning turli bo'limlariga qon quyilishi natijasida nerv sistemasining organik buzilishlari yuzaga keladi. Ko'pincha ichaklar faoliyati izdan chiqadi. Teri qizarishi, pufaklar va shish, hatto yaralar paydo bo'lishi mumkin.

Qon tarkibi manzarasi. Trombositlar soni xavfli raqamlar (20-30 ming) gacha va undan kamayib ketadi. Leykotsitlar soni dastlab oshib keyin kamayadi, limfotsitlar ham kamayib ketadi. Leykotsitlarni va limfotsitlarni kamayishi ularni fagotsitoz qobiliyatini pasayishiga olib keladi va bu yuqumli va boshqa kasalliklarni kelib chiqishiga imkoniyat tug'iladi. Qo'zg'lish davrining oxirrog'ida anemiya kuzatiladi. O'tkir nur kasalligi ko'pincha zotiljam, sepsis, tomoq, quloq og'riqlari bilan birga keladi. Qo'zg'alish davriga xos belgilardan biri teri va shilliq osti qavatlarda, og'ir holatlarda medadan, bachadondan qon quyilishidir. Buning sababi trombositopeniya, qon ivishiga qatnashuvchi omillar va tomirlar devori o'tkazuvchanligi oshishidir.

Isitma o'tkir nur kasalligi xurujida tana harorati ko'tariladi. Gipertermiya yoki isitma agranulotsitoz bilan birga to'g'ri kelad.

Yurak qon tomir tizimi. Tomir urishi tez, qon bosimi pasayadi, yurakda gipertrofiya, mitral klapan proektsiyasida sistolik shovqin eshitiladi. EKGda miokardda diffuz o'zgarishlarni ko'rish mumkin. Ovqat hazm qilish tizimi. Ingichka ichak epiteliylari zararlanib, devorida o'tkazuvchanlik oshadi, organizmni kasalliklarga qarshi kurashish kuchi pasayadi. Yuqumli kasalliklar avj oladi. Bemorlar ko'ngli aynib, qusadi, ichi suyuq o'tadi, ishtahasi pasayadi. Ichaklar teshilishi, o'ralib qolishi, shishi kabi belgilar ham kuzatiladi. Nerv tizimi. Bemorlarda loqaydlik, karaxtlik, pay reflekslarining susayishi va bundan ham og'ir jarohatlar kuzatiladi kasallikning og'ir bosqichlarida.

Sog'ayish davrida qondagi ko'rsatkichlar yaxshilanadi. Periferik qonda leykogrammaning chapga to mielotsit va promielotsitlarga surilishida ifodalangan neyetrofillar, retikulotsitlar, trombositlar va limfotsitlar soni tezda ko'payadi. Suyak iligida regeneratsiya holati kuzatiladi. Bunda eritro-leyko- va trombopoez jarayonida uchraydigan, hali etilmagan hujayralar soni oshib, mitoz davrini boshdan kechirayotgan hujayralar hamda mielokariotsitlar miqdori ko'payadi.

Sog'ayish davrida bemorning tana harorati pasayib, ishtahasi ochiladi, umumiy ahvoli yaxshilanib, qon quyilishi to'xtaydi, yuqumli asoratlar yo'qoladi. Qon ko'rsatkichlari, yurak va qon-tomirlar faoliyati yaxshilanadi.

Nerv sistemasining zararlanish belgilari kamayadi. Lekin sog'ayish uzoq davom etib, astenik belgilar, qon ko'rsatkichlari o'zgarib turadi. Buning uchun yillar o'tishi bilan o'tkir nur kasalligining uzoq asoratlari: kataraktalar, xavfli o'smalar, leykozlar, irsiy kasalliklar kelib chiqishi mumkin.

O'Nkning o'ta og'ir ko'rinishi-juda tez yoki birinchi soat boshlarida boshlanadi. Bemorlar to'xtovsiz qusa boshlaydilar, suvsizlanish natijasida holsizlanib hushdan ketadilar. Bu davr uchun yashirin davri xos emas. Bu bemorlarda umumiy zaharlanish bilan birga, suyak iligida qon ishlab chiqarilishi buzilishiga xos belgilar namoyon bo'ladi. Avj olish davrida teri osti va shilliq qavatlarda qon quyilishi, yuqumli asorotlar va ichaklar zararlanishi kabi belgilar namoyon bo'lib bemorlar ikkinchi haftalarda vafot etadilar.

Aralash nurlanish xususiyatlari. Tashqi muhitdagi nurlovchi manba va nurlovchi moddaning birgalikdagi tasiri aralash nurlanishga olib keladi. Radioaktiv moddalar asosan og'iz va nafas yo'llari hamda teridan, yaralardan, kuygan joylardan tushadi. Bular jangovor harakat vaqtida sodir bo'ladi. Bu holatda γ -nurlar tasiri kuchli bo'lib, bemorlar ichida yara, kuygan joylar jarohatiga radioaktiv izotoplar tushib yana kasallikni kuchaytiradi. **Og'iz bo'shlig'ida bo'ladigan ozgarishlar**-shilliq qavatda shish bo'ladi, shish biroz pasayadi va 3-4 kun o'tgandan so'ng yana kuchayadi. Shilliq qavat qurib, unda yaralar paydo bo'ladi. **Ko'rish apparati** tomonidan-kon'yuktivir rivojlanadi. Nafas yo'llari shilliq qavati va terida ochiq joylarida nurlanish kasalligiga xos belgilarni kuzatish mumkin. Ichakdagi o'zgarishlar uzoq davom etadi, qonda noxush o'zgarishlar tez rivojlanadi. Ichkariga tushgan radioaktiv moddalar, ichki azolarga saralab tasir ko'rsatadi. Masalan-Tseziy va lantan –jigarni; strontsiy, itriy va tsirkoniy- siyaklarni; uran –buyrakda va jod –qalqonsimon bezda to'planadi va shu azolarni zararlaydi.

Neytronlardan zararlanish. Subletal va letal dozalarda tasir qilib organizmga kasallik chaqiradi. Qon ishlab chiqaruvchi azolar va meda-ichak shilliq qavatiga tasir qiladi. Neytron nurlari tanaga notekis taqsimlanadi va meda ichak o'zgarishlarining namoyon bo'lishi bilan aniqlanadi. To'qimalar neytronlar quvvatini o'ziga juda kuchli singdirib oladi va yutilgan nur dozasi tezda o'tib ketadi. Neytron nurlanishlar ob'ektdan o'tib quvvati pasaysa ham, neytron reaksiyasi oqibatida hosil bo'lgan γ -nurlanish ham umumiy nurlanish tasirini kuchaytiradi. Organizmdan neytron nurlar atigi 20% otadi va shu munosabat bilan organlar asosan γ -nurlanishdan zarar ko'radi. Bu bemorlarda agranulotsitoz rivojlanib yuqumli kasalliklar tez rivojlanadi. Neytron nurlanishdan asosan mahalliy zarar ko'radi. Teri va shilliq qavatlarda yaralar paydo bo'ladi.

O'tkir nur kasalligining turlarini aniqlash. Bu xastalikni erta aniqlash uchun periferik qon va suyak ko'migiga nur ta'sir etgan paytdagi dastlabki o'zgarishlarni bilish juda muhimdir.

O'tkir nur kasalligi **engil** kechganida (1-2gr) qon va suyak iligida dastlabki ta'sir belgilari deyarli bo'lmaydi. Ba'zi bir nurlangan kishilar 3 – 5 soatdan so'ng ko'ngli aynishi, qaytqilishi mumkin. Yashirin davr 30-35 kecha-kunduzdan iborat. Kasallik engil kechib, bemorlar davolanmasdan sog'ayib ketadilar.

O'tkir nur kasalligi **o'rtacha og'irlikda** kechganda (2 – 4 gr) nurlanishdan ikki soat o'tgach, bemorning ko'ngli aynib madori quriydi, qayt qiladi, tana harorati ko'tariladi. Bunday alomatlar faqat bir kecha-kunduz davom etadi. Yashirin davr 15-20 kundan iborat. Jabrlanganlarga maxsus tibbiy yordam ko'rsatilishi zarur.

O'tkir nur kasalligi **og'ir kechgan** hollarda (4-6gr) nur ta'sir etgandan so'ng 30-60 minut o'tgach, bemor ketma-ket qusadi, boshi og'riydi, madorsizlanadi. Terisi qizib, tana harorati oshadi. Dastlabki reaksiya 3 kun davom etib, yashirin davr 8-17 kunni tashqil etadi. Bemorga maxsus tibbiy yordam ko'rsatilishi zarur. O'z vaqtida davo qilinsa, u sog'ayib ketadi.

O'tkir nur kasalligi **o'ta og'ir** hollarda (6-10gr) 15 daqiqadan so'ng bemor qusa boshlaydi. Teri va shilliq qavati qizarib tana harorati ko'tariladi. Dastlabki alomatlar 3-4 kun davom etadi. Ikkinchi hafta oxiriga borib bemor vafot etadi. Suyak ko'migini ko'chirib o'tkazish ham kamdan kam hollardagina yaxshi natija beradi.

O'tkir nur kasalligining ichak formasi 10-12 gr nur olganda kelib chiqadi. Kasallikning rivojlangan davri og'ir enterit, tananing suvsizlanishi, qon ketishi va yuqumli asorotlar bilan kechadi. Nurlanganlar birinchi hafta oxiriga borib vafot etadilar. 20-25gr va undan ko'p nurlangan kishilarda o'tkir nur kasalligining toksik va serebral turlari kuzatiladi. Nurlar ta'sir etishi bilan to'xtovsiz qayt qilish, ich ketishi, es-hushni yo'qotish, kun oxiriga borib miya shishish belgilari tirishib qolish va bulbar buzilishlar kuzatiladi. Bemor odatda uch kun ichida hayotdan ko'z yumadi.

O'tkir nur kasalligini davolash. Nurlanish birlamchi reaksiyasini davolash: Kasallikning dastlabki noxush alomatlarini bartaraf etish maqsadida qusishga qarshi, ichish va in'ektsiya uchun dorilar yuboriladi. Zararlanishning engil turida ichishga aeron 1 tab. 3 mahal, etaperazin 6 mg 2-3 mahal, aminazin 25 mg 2-3 mahal tayinlanadi. O'rtacha og'ir, og'ir va juda og'ir kechadigan nur kasalligida qusishga qarshi aminazinning 2,5 % li eritmasidan 2 ml, etaperazinning 0,6 % li eritmasidan 1 ml va atropinning 0,1 % li eritmasidan 1 ml mushaklar orasiga yuboriladi. Yuqorida qayd etilgan barcha dori moddalar kuniga 2-3 martadan tavsiya etiladi. Og'ir hollarda, ya'ni qusish to'xtovsiz uzoq davom etganda, qonda xlor miqdori kamayib ketganda elektrolitlar almashinuvini yaxshilash uchun 500-800 ml natriy xloridning izotonik eritmasi yoki 400-800 ml tuzli «Disol»,

«Xlorsol» shuningdek siydik haydovchi dorilar (laziks - 40-60 mg v/i va b.k.) tomirga yuboriladi. Antigistamin vositalar - odatdagi dozalarda.

Dezintoksikatsiya - 250-400 ml gemodez, 250-450 ml polidez, 5%-400 ml glyukoza, 0,9% 400-800 ml NaCl.

Yurak qon-tomir etishmovchiligini davolash - kardiamin 1-2 ml, mezaton 1%-1-2 ml v/i; yurak glikozidlari.

Glyukokortikoid gormonlar - 60-90 mg prednizolon v/i tez yoki tomchilab.

Yashirin davrda bemor extiyot qiluvchi rejimda bo'lib, davolovchi ozuqa moddalari, umumiy quvvat beruvchi terapiya, antigistamin preparatlar oladi, dezintoksikatsiya o'tkaziladi.

Avj olish davrida infeksiyalarda - antibiotiklar, antiseptiklar, ogiz bo'shlig'ini parvarish qilish.

Gemorragik sindromda - yotoq rejimi, mexanik avvaylovchi parhez, vitamin S, P, kaltsiy preparatlari, ditsinon 2 g/sut, eritrotsitar massa transfuziyasi, aminokapron kislotasi, mahalliy gemostatiklar.

Yashirin davrda kasallik belgilariga qarab organizm quvvatini oshiruvchi hamda antigistamin preparatlari qo'llaniladi. Yashirin davr og'ir kechganda organizmni toksinlardan tozalash davom ettiriladi, qon quyilishining oldini oluvchi dori-darmonlar, antibiotiklar tayinlanadi. Bu davrda bemor trombotsitlarini olib, muzlatib, undan qon quyilishi hollarida foydalanish tavsiya etiladi.

Surunkali nur kasalligi

Surunkali nur kasalligi (SNK)- umumiy surunkali kasallik bo'lib, uzoq vaqt kam dozadagi ko'p takrorlanuvchi ionlanuvchi nurlanish ta'sirida vujudga keladi. SNK urush davrida hamda tinchlik vaqtida texnika xavfsizligi qoidalari buzilganda professional nurlanish natijasida vujudga keladi.

Surunkali nur kasalligining umumiy klinik belgilari:

uzoq vaqt jadal kechadi

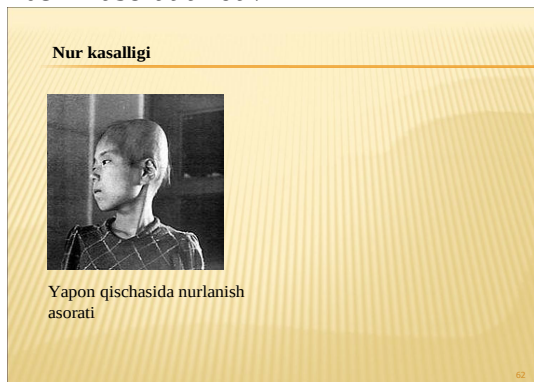
o'zgarishlar sekin tiklanadi

kasallik kechishi 3 davrga bo'linadi:

kasallik shakllanish davri

tiklanish davri

kechki asoratlar davri



SNK klinik simptomlari va kechishi nurlanish summar dozasiga va tashqi nurlanishga bog'liq.

Klinik belgilar kasallik kechishiga bog'liq:

nurlanish summar dozasiga

yutilgan dozasi taqsimlanish xarakteriga

organizm radiosezgiriligiga

SNK 3 varianti farqlanadi:

tashqi nisbatan bir tekis umumiy ta'sir

mahalliy a'zo va to'qimaga ta'sir

aralash ta'sir

Asta-sekin rivojlanadi

uzoq vaqt jadal kechadi

o'zgarishlar sekin tiklanadi

kasallik kechishi 3 davrga bo'linadi:

kasallik shakllanish davri

tiklanish davri

kechki asoratlar davri

Mavzu yuzasidan testlar:

1. O'NK ning suyak – ko'migi shaklining I bosqichida qanday nurlanish dozalari xarakterlanadi?

- A). 1 – 2 gr
- B). 2 – 4 gr
- S). 4 – 6 gr
- D). 6 – 10 gr

2. Nurlanishning qaysi dozasida O'NK ning suyak iligi shakli kelib chiqadi?

- A). 10 – 20 gr
- B). 1 – 10 gr
- S). 1 – 25 gr
- D). 10 – 25 gr

3. Nurlanishning qanday dozasida O'NK ning ichak shakli kelib chiqadi?

- A). 1 – 10 gr
- B). 10 – 20 gr
- S). 20 – 25 gr
- D). 80 grdan baland

4. Nurlanishning qanday dozasida O'NK ning serebral shakli kelib chiqadi?

- A). 20 – 80 gr
- B). 10 – 20 gr
- S). 80 grdan baland
- D). 1 – 10 gr

5. Nurlanishning qanday dozasida O'NK ning toksemik shakli kelib chiqadi?

- A). 20 – 80 gr
- B). 10 – 20 gr
- S). 80 grdan baland
- D). 1 – 10 gr

6. Ionlovchi nurlarning me'yoriy ruxsat etilgan dozalar:

- A). 1 gr gacha
- B). 5 gr gacha
- S). 10 gr gacha
- D). 6 gr gacha

7. Radiatsiyadan zaralanganda 1 - yordam:

- A). To'liq sanitar obrabotka qilish;
- B). Radiativ zonadan evakuatsiya qilish;
- S). Oshqozonni yuvish va tozalovchi klizma qilish;
- D). Qon quyish;

8. Radiatsiyadan zararlanganda boshlangich davr simptomlari:

- A). qon ketishning oshishi
- B). Ko'ngil aynishi, qusish
- S). haroratning ko'tarilishi
- D). umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish

9. Radioizotop tekshirish metodlariga nimalar kiradi?

- A). Gastrofibroskopiya
- B). endoskopiya, laporoskopiya
- S). funksional metodlar
- D). radiometriya , radiografiya

10. O'tkir nur kasalligining klinik turlarini ko'rsating: a) Icac, toksemik; b) Ichak, kardial; c) Toksemik, serebral; d) Serebral, kardial;

- A) a va c
- B) a va b
- C) b va c
- D) a va d

11. 1 grdan 2 grgaca nur olganlarda kasallikning kechishi:

- A) Juda og'ir o'tadi
- B) Og'ir o'tadi
- C) engil o'tadi
- D) kasallanmaydi

12. 3 grdan 4 grgaca nur olganlarda kasallikning kechishi:

- A) Og'ir o'tadi
- B) o'rta
- C) Juda og'ir o'tadi
- D) engil o'tadi

13. 5 grdan 6 grgaca nur olganlarda kasallikning kechishi:

- A) Juda og'ir o'tadi
- B) engil o'tadi
- C) Og'ir o'tadi
- D) o'rta

14. 6 grdan yuqori nur olganlarda kasallikning kechishi:

- A) Juda og'ir o'tadi
- B) Yengil o'tadi
- C) Og'ir o'tadi
- D) O'rta

15. alfa nurlarni inson tanasidan o'tish masofasi:

- A) tanadan o'tmaydi
- B) 2,5 smgacha
- C) 2,5 dm gacha
- D) 2,5 mm gacha

16. betta nurlarni inson tanasidan o'tish masofasi:

- A) 2,5 mm gacha
- B) 2,5 smgacha
- C) 2,5 dm gacha
- D) tanadan o'tmaydi

17. gamma nurlarni inson tanasidan o'tish masofasi:

- A) 2,5 smgacha
- B) 5 smgacha
- C) 10 smdan ko'p
- D) tanadan o'tmaydi

18. rengen nurlarni inson tanasidan o'tish masofasi:

- A) 5 smgacha
- B) 10 smdan ko'p
- C) 2,5 smgacha
- D) tanadan o'tmaydi

19. Ionlovchi nurlarning SI sistemasida qabul qilingan asosiy o'lchash birligi qilib:

- A) Bekkerel, Kyuri, Ber
- B) Zivert (Zv),
- C) Grey, Ber
- D) Bekkerel (Bk), Grey (Gr), Zivert (Zv)

20. Ionlovchi nurlarning sistemadan tashqari birliklari:

- A) Kyuri, Rad, Ber
- B) Zivert (Zv), Kyuri
- C) Grey, Ber, Kyuri
- D) Bekkerel, Kyuri, Ber

21. "Suyak iligi yaxshilab ko'chirib o'tkazilmasa, bemor sog'ayishiga umid qilib bo'lmaydi". Bu kimning fikri.

- A) A.I. Vorob'yov

- B) Abu Ali ibn Sino
- C) Gippokrat
- D) Mechnikov

Testlarning javob variantlari

1-a	7-b	13-c	19-d
2-b	8-d	14-a	20-a
3-b	9-d	15-d	21-a
4-a	10-a	16-a	
5-c	11-c	17-c	
6-a	12-b	18-b	

Nazorat savollari :

Ionlovchi nurlarning biologik tasiri nimaga bog'liq;
 Ionlovchi nurlarning organizmda tasir qiluvchi dozasi gancha;
 Ionlashtiruvchi nurlanishning oxirgi yo'l qo'yib bo'ladigan miqdori;
 Radiatsion nurlarning qanday turlarini bilasiz;
 Rodiatsion zararlanishlarni tasir mexanizmi qanday;
 Nurlanishlar tasir xarakteri qanday;
 Nurlanish olgan bemorlarni saralash tartibini ayting;
 O'tkir nur kasalligining kechishi;
 Surunkali nur kasalligining kechishi ;
 O'tkir va surunkali nur kasalligidagi qondagi o'zgarishlar qanday;
 O'tkir va surunkali nur kasalligining klinik belgilarini ayting;

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. V.G. Mixaylov Harbiy dala terapiyasidan qollanma Toshkent 1994 y.
2. E.Y. Qosimov, M.Z. Zohidova, Sh.Ya. Zokirxo'jaev Hamshiralik ishi asoslari Toshkent 2003.
2. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres-inform 2004 y. 298 b
- 3 The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
- 4 Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y
- Qo'shimcha adabiyotlar
- 5 M.T.Abramova Gematologicheskii atlas M.Meditsina 1979 y.320 b
- 6 Vuddi M i A. Uedan."Praktika". Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo universiteta M. 1995 y. 470 b
- 7 Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru.,
www.cardiosite.ru., www.consilium-medicum.ru..