

**ISHANKULOVA D.K.
RUZIYEVA A.A.**



**ICHKI KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASIDA
BEMORNI UMUMIY OBYEKTIV
TEKSHIRUV USULLARI**

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIY TA'LIM VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

ISHANKULOVA D.K., RUZIYEVA A.A.



**ICHKI KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASIDA
BEMORNI UMUMIY OBYEKTIV TEKSHIRUV
USULLARI**

Meditsina institutlarining barcha fakultetlari 2 -kurs talabalarining ichki kasalliklar propedevtikasi fani boyicha amaliyot darsiga tayyorlanish uchun

O'quv qo'llanma

SamDTU

axborot-resurs markazi

317837

Samarqand 2022

UO'K 616-008.9(075.8)

KBK 54.1ya73

I - 95

Ishankulova D.K., Ruziyeva A.A.

Ichki kasalliklar propedevtikasida bemorni umumiy obyektiv tekshiruv usullari [Matn]: O'quv qo'llanma / D.K. Ishankulova, A.A. Ruziyeva – Toshkent: SAMARQAND, 2022. -144 b.

Mualliflar:

1. **Ishankulova D.K.** - SamDTU Pediatriya fakulteti "Ichki kasalliklar" kafedrası dotsenti, t.f.n.

2. **Ruziyeva A.A.** - SamDTU Pediatriya fakulteti "Ichki kasalliklar" kafedrası assistenti.

Taqrizchilar:

1. **Tashkenbayeva E.N.** - SamDTU Davolash fakulteti "2- Ichki kasalliklar" kafedrası mudiri, t. f. d., dotsent.

2. **Nabiyeva D. A.** - Tosh ML, 1-fakultet terapiyasi va gospital terapiya kafedrası mudiri, t.f.d.

Qo'llanmada tavsiflangan bemorlarni fizikal tekshiruv usullarini o'rganish talabaga malakalarni yaxshiroq shakllantirishga imkon beradi (kasbiy muammolarni hal qilish uchun inson organizmidagi morfofunktsional, fiziologik holatlarni va patologik jarayonlarni baholash qobiliyati) va kasallikni aniqlash, yoxud kasallikning mavjudligini yoki yo'qligini aniqlash uchun bemorlarning shikoyatlarini, anamnezidagi ma'lumotlarni, tekshiruv natijalarini, laboratoriya, instrumental, patologik va boshqa tadqiqotlarni yig'ish va tahlil qilishga tayyorligini oshirishga yo'naltirilgan. Talabani ichki kasalliklar klinikasi bilan tanishtiradigan birinchi mavzu - bu ichki kasalliklar propedevtikasi (diagnostika asoslari) xaqida tushuncha derilgan. Ushbu fanning maqsadi ichki organlar kasalliklarining asosiy ko'rinishlarini baholashga oqilona yondashish borasida yo'l-yo'riq berilgan.

O'quv qo'llanma meditsina institutlarining barcha fakultetlari 2 -kurs talabalarining ichki kasalliklar propedevtikasi fani boyicha amaliyot darsiga tayyorlanishi uchun mo'ljallangan.

ISBN 978-9943-8263-0-4

© D.K. Ishankulova, A.A. Ruziyeva. 2022 й.

© Samarqand, 2022 й.

KIRISH

Tibbiyot oliy o'quv yurtida talabalar nafaqat nazariy bilimlarni, balki bemorni fizikal tekshirish usullari bilan baholash ko'nikmalarini ham o'zlashtirishi kerak.

Bemorni umumiy tekshiruvdan o'tkazish, uning natijalarini talqin qilish qobiliyati har qanday klinik mutaxassislik shifokori uchun organizmning holatini umuman anglashi va bemorda yuz beradigan patologik jarayonlarning mohiyatini aniglashi uchun juda zarurdir.

So'nggi laboratoriya va instrumental tekshiruv usullarining hech biri hech qachon so'roq qilish, tekshirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya kabi klassik diagnostika usullarining o'rmini olmaydi, ulardan mohirona foydalanish har qanday mutaxassislik bo'yicha shifokorning muvaffaqiyatli ishlashini ta'minlaydi.

Ushbu o'quv qo'llanma ichki kasalliklar propedevtikasini o'rganayotgan talabalarga bemorlarni o'rganishning fizikal usullariga bag'ishlangan amaliy mashg'ulotlarga mustaqil tayyorlanishda o'quv materialini yaxshi o'zlashtirishga imkon beradi. Qo'llanmada tavsiflangan bemorlarni fizikal tekshiruv usullarini o'rganish talabaga malakalarni yaxshiroq shakllantirishga imkon beradi (kasbiy muammolarni hal qilish uchun inson organizmidagi morfofunktsional, fiziologik holatlarni va patologik jarayonlarni baholash qobiliyati va kasallikni aniqlash, yoxud kasallikning mavjudligini yoki yo'qligini aniqlash uchun bemorlarning shikoyatlarini, anamnezidagi ma'lumotlarni, tekshiruv natijalarini, laboratoriya, instrumental, patologik va boshqa tadqiqotlarni yig'ish va tahlil qilishga tayyorligini oshiradi. Talabani ichki kasalliklar klinikasi bilan tanishtiradigan birinchi mavzu - bu ichki kasalliklar propedevtikasi (diagnostika asoslari) haqida tushuncha berilgan. Ushbu fanning maqsadi ichki a'zolar kasalliklarining asosiy ko'rinishlarini baholashga oqilona yondashish borasida yo'l-yo'riq berishdir.

DOKTORNI O'QITISHDA ICHKI KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASINING O'RNI

Klinik fanlarni o'rganish tibbiyot universitetlarining ikkinchi yilidan boshlanadi. Talabani ichki kasalliklar klinikasi bilan tanishtiradigan birinchi mavzu - bu ichki kasalliklar propedevtikasi (diagnostika asoslari). Ushbu fanning maqsadi ichki a'zolar kasalliklarining asosiy ko'rinishlarini baholashga oqilona yondashish uchun asos yaratishdan iborat. Bo'limning vazifalariga quyidagilar kiradi:

- 1) Tekshirishning asosiy fizikal usullarini o'zlashtirish;
- 2) Ichki a'zolar kasalliklarida paydo bo'ladigan asosiy simptomlar va sindromlarni (kelib chiqishi yagona simptomlar kombinatsiyasi) aniqlash;

- 3) Ichki a'zolarning eng keng tarqalgan kasalliklari (xususiy patologiya) bilan umumiy tanishish. Turli xil patologiya turlari uchun o'xshash bo'lishi mumkin bo'lgan kasallikning korinishini tahlil qilib, talabalar katta yoki kichik ehtimollik darajasi bilan to'g'ri tashxis qo'yishga imkon beradigan belgilarni topishni o'rganadilar, bu esa diagnostika asoslarini (propedevtikani) o'rganishga imkon beradi. Bu ichki kasalliklar klinik tafakkurni shakllantirishning juda muhim bosqichi. Keyinchalik, IV-VI bosqichlarda, ichki kasalliklarni o'rganishni davom ettirib, talabalar nafaqat kasalliklarning tipik, balki kam uchraydigan, murakkab shakllari bilan ham tanishadilar, bu erda differentsial diagnostika masalalari ayniqsa muhimdir.

"Propedevtika" atamasi yunon tilidan olingan. Propaidey, bu "dastlab o'rgataman" degan ma'noni anglatadi. Propedevtika talabani fakultet terapiyasi va fakultet xirurgiyasi kafedralarida ichki a'zolarning kasalliklarini chuqur o'rganishga etaklaydi, eng muhimi -ma'lum bir patologiyaning barcha tafsilotlarini muvaffaqiyatli o'zlashtirish uchun zamin yaratadi.

Klinik tibbiyotning butun rivojlanish davrida ichki kasalliklarni o'rganish doimo integral xarakterga ega bo'lib, bu bemorning yotog'i oldida normal va patologik anatomiya, normal va patologik fiziologiya, biokimyo, farmakologiya va shunga o'xshash klinik fanlar kurslaridan olingan bilimlarni muntazam ravishda qo'llash zarurati bilan bog'liq.

TIBBIYOTDA IXTISOSLASHUV VA INTEGRATSIYANING AHAMIYATI

Tibbiyotning rivojlanish tarixi tibbiyot mutaxassisliklarini differentsiatsiyalashning davom etishi, yangi tibbiyot kasblarining paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Bu umumiy tibbiy bilimlarning kengayishi va ayniqsa, bemorlarni tekshirish va davolashning yangi maxsus usullarining paydo bo'lishi bilan bog'liq bo'lib, ularni o'zlashtirish ko'pincha izchillik bilan tayyorgarlikni talab qiladi.

Ilgaridan ichki kasalliklarga bag'ishlangan bo'limdan asab, ruhiy, teri, yuqumli kasalliklarni o'rganadigan bo'limlar ajratilgan edi. Ichki kasalliklar asoslarini bilish oftalmologiya, otorinolarologiya, akusherlik va ginekologiyada zarurdir. So'nggi o'n yilliklarda endokrinologiya, gematologiya, kardiologiya, pulmonologiya, gepatologiya, nefrologiya, revmatologiya va allergologiya bilan gastroenterologiya maxsus bo'limlari davom etdi. Ushbu sohadagi mutaxassislar tobora ko'proq rentgen, endoskopik, morfologik tadqiqotlar usullarini o'zlashtirmoqda, bu esa mutaxassisliklarning yanada ko'proq bo'lishiga yordam beradi. Shunday qilib, nefrologiyada sun'iy buyrak (gemodializ) yordamida surunkali buyrak etishmovchiligini davolash bilan shug'ullanadigan mutaxassislar mavjud. Ammo bu shifokorlar bir vaqtning o'zida kardiologiya, pulmonologiya, gastroenterologiya, gematologiya bo'yicha bilimlarga ega bo'lishlari kerak. Boshqa tomondan, terapevtning umumiy ixtisosligini saqlab qolish zarurligi shubhasizdir, u ko'pincha turli xil ichki a'zolarning kasalliklari bilan xasta bemorlarni tashxislashi va davolashi kerak. Shunday qilib, tibbiyot mutaxassisliklarini farqlash jarayonlariga parallel ravishda, klinik texnikaning ko'p jihatlarini birlashtirish tendentsiyasi mavjud: ushbu tendentsiyaning asosiy ko'rsatkichi internistdir (terapevt).

Klinik tibbiyotda alohida mutaxassisliklarni ajratish, shu bilan birga, bemorni turmush tarziga alohida e'tibor bilan batafsil va har doim sinchkovlik bilan tekshiruvdan o'tkazish zarurligini istisno qilmaydi. Bu oziq-ovqat afzalliklari, chekish va spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish tajribasini aniqlashtirishni, shuningdek irsiy tarix bilan tanishishni nazarda tutadi. Ko'pgina mamlakatlarda bemorni va uning oila a'zolarini, shu jumladan bolalarni uzoq muddatli kuzatishni umumiy amaliyot shifokori (oilaviy shifokor) amalga oshiradi. Uning vazifalariga nafaqat ichki a'zolarning kasalliklarini diagnostika qilish va dori-darmon bilan davolash kiradi. Oilaviy shifokor ixtisosining paydo bo'lishi tibbiyotga integratsiyalashuv tendentsiyasining eng yaxshi isboti bo'lib xizmat

qiladi. Chunki oilaviy shifokori nafaqat ichki kasalliklar klinikasining turli jihatlarini chuqur anglabgina qolmay, balki uning doimiy ravishda tibbiy ta'lim tizimidagi ayrim bo'limlarida (kardiologiya, nefrologiya, pulmonologiya), shuningdek, endokrinologiya kabi yondosh fanlarni o'qitishni takomillashtirib borishi kerak.

Oila shifokorlari faoliyatining juda muhim xususiyati - o'z bemorlarini, asosan, oilada, o'zlari yashaydigan muhitda kuzatib borish qobiliyatidir. Ular sog'liqqa ta'sir qiladigan va eng muhimi, oila a'zolarining sog'lig'iga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan vaziyatlarni (masalan, turmush tarzi, oilaviy odatlar va h. k) aytib o'tilganidek, yaxshiroq baholaydilar.

Ixtisoslashuv va integratsiya jarayonlarining bir-biri bilan chambarchas bog'liqligi shoshilinch holatlarda diagnostika va davolash usullarini o'zlashtirish zarurligida aniq namoyon bo'ladi. Shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish zarur bo'lganda asosiy favqulodda vaziyatlarni bilishni ta'minlaydigan har qanday mutaxassislik bo'yicha shifokorga ma'lum talablar qo'yiladi. Va, albatta, har qanday shifokor tegishli sohalardagi tor mutaxassislarga tegishli bo'lgan diagnostika va davolashning asosiy usullarining imkoniyatlarini bilishi kerak.

KASALLIKLARNING OLDINI OLISH ASOSLARI, ICHKI KASALLIKLARNING XAVF OMILLARI KONTSEPSIYASI.

Kasalliklarning sabab omillari.

Zamonaviy tibbiyotning muhim xususiyati kasalliklarning etiologik (sababchi) omillarini puxta tizimli baholashdir. Ichki kasalliklarni o'rganish davomida ularning etiologiyasi har doim klinitsistlarning faoliyatidagi eng muhim bo'lim bo'lib kelgan. Shu bilan birga, atrof muhit omillarining ahamiyati va ularning irsiyat (genetik omillar) bilan o'zaro ta'siriga uzoq vaqtdan beri e'tibor berib kelinmoqda.

"Kasallik tushunchasi doimiy ravishda tashqi muhit tomonidan belgilanadigan, to'g'ridan-to'g'ri kasal organizmga yoki uning eng yaqin yoki uzoq qarindoshlariga ta'sir ko'rsatadigan tashqi muhit tomonidan belgilanadigan sabab bilan doimiy bog'liqdir" (С.П. Боткин).

Ichki kasalliklarning zamonaviy etiologik omillari.

- Infeksiyalar, shu jumladan virusli (gepatit B, C, D viruslari, corona virus, sitomegalovirus va boshqalar).
- Parazitar invaziyalar (askaridoz, opistorxioz, strongiloidoz, trixinellyoz va boshqalar).
- Spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish.

- Dori vositalari.
- Sil (paraspetsifik reaksiyalar).
- Shish (paraneoplastik reaksiyalar).
- Atrof-muhit va kasbiy ta'sir.
- Mehnat qoidalarini buzish.
- Genetik omillar.
- Atrof muhit omillarining ta'siri:
 - Gipotermiya (tana haroratining pasayishi)
 - Travma (shu jumladan ruhiy)
 - Insolatsiya (shu jumladan qulaylik hissi doirasida).

Ichki kasalliklarning zamonaviy etiologik omillari orasida infeksiya (shu jumladan parazitlar invazyalar va sil kasalligi) hamon muhim o'rin tutadi.

Turli xil viruslar guruxlari, jumladan, gepatit B, C, D viruslari tobora ko'proq e'tiborni jalb qilmoqda. Gepatit B va C, COVID-19 viruslari bilan yuqtirish bir qator ichki kasalliklarning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Masalan, so'nggi yillarda gepatit B virusi belgilarini aniqlashning muhim chastotasi tizimli vaskulit, birinchi navbatda tugunchali periarteriiti bilan og'rigan bemorlarda aniqlandi.

Spirтли ichimliklar, surunkali progressiv alkogolli jigar kasalligi (fibroz, o'tkir va surunkali gepatit, jigar sirrozi bilan kasallangan steatoz, gepatotsellyulyar karsinoma rivojlanishi bilan tugaydigan) paydo bo'lishida so'zsiz roldan tashqari, ichki a'zolarning turli xil shikastlanishlari sababi sifatida yanada katta ahamiyat kasb etadi. Hozirgi vaqtda alkogolning yurak shikastlanishida etiologik roli (og'ir yurak etishmovchiligidagi alkogolli yurak kasalligi, turli xil aritmiyalar, kvazi-ishemik sindrom), buyraklar (ko'pincha gematurik, ammo ba'zida nefrotik, shuningdek glomerulonefritning tezkor progressiv variantlari) aniq isbotlangan.

Zamonaviy sharoitda kasalliklarning tibbiy etiologiyasi alohida e'tiborga loyiqdir, uning universal tabiati, birinchi marta, siz bilganingizdek, akademik E.M. Tapeev - ko'p yillar davomida u va uning shogirdlari deyarli har qanday kasallikning dori vositalari bilan reaksiyasi mumkinligini ishonchli isbotladilar. Dori reaksiyalari - dermatit, isitma, agranulotsitozdan ("dori vositalarini ko'tara olmaslik asosiy uchligi") tizimli eritematoz kabi rivojlangan tizimli kasallikning klinik ko'rinishiga qadar, (SQB, masalan, gidralazin yoki novokainamidning ishlatilishiga javoban), tugunchali periarteriit (sulfanilamidlarga javoban), surunkali gepatit (metildopa, nitrofurani, izoniaziddan foydalanishga javoban),

fibrozlovchi alveolit (amiodaron, nitrofuranolardan foydalanishga javoban), yoki har qanday organga (nefrit, gepatit, miokardit, tireoidit, orxit, epididimit, ensefalit) zarar etkazadigan holatlar hozirgi kunda barchaga ma'lum. Bu ko'plab bemorlarning kasalxonaga yotqizilishining sababi hisoblanadi. Turli xil o'ziga xos bo'lmagan dori sindromlari ma'lum. Ular orasida teri, artikulyar, gematologik va obstruktiv sindromlar ayniqsa tez-tez uchraydi. Ushbu barcha ko'rinishlarning tibbiy etiologiyasini bilish bugungi kunda juda muhim ahamiyat kasb etmoqda, chunki ba'zi dorilarni ishlatadigan bemorlar soni doimiy ravishda o'sib boradi va ularning ba'zilaridan foydalanish asosan aholiga asoslangan bo'lib qolmoqda (masalan, narkotik bo'lmagan analgetiklar va steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar (NYQV) ning keng qo'llanilishi).

XAVF OMILLAR.

Afsuski, kasallikni tushunishda bunday etiologik yondashuvni amalga oshirish har doim ham mumkin emasligi sababli, dunyoda keng tarqalgan xavf omillari tushunchasidan foydalanish muammolarni hal qilish uchun yaxshi imkoniyatdir.

Kasallikning oldini olish XX asr shifokor faoliyatida yangi yo'nalishni ochdi. Uning ahamiyati haqida o'tmishdagi taniqli klinitsistlar gapirishgan, ular ko'pincha profilaktika ishini tibbiy ishdan ustun qo'ygan. "Kasallik rivojlanishining oldini olish, kasal bo'lganlar sonini kamaytirish, kasal bo'lib qolganlarni davolashdan ham muhimroq bo'ladi", deb yozgan С.П. Боткин. Ko'p jihatdan bu yuqumli kasalliklarning oldini olish haqida edi. Ichki a'zolarning kasalliklariga nisbatan esa, allaqachon paydo bo'lgan kasallikning kuchayishini oldini olish kerak edi. Biroq, ma'lum bir kasallik paydo bo'lishining shartlarini o'rganib chiqib, o'tmishdagi shifokorlar etiologik omilni o'zini atrof-muhit omillaridan, ayniqsa, turmush tarzi, bemorning oilasida avlodlar davomida shakllangan odatlardan ajratish ba'zan qiyin bo'lganda, ularning murakkab ta'sirini tushunishga harakat qilishdi.

Klassik

Rossiya klinik maktabining etakchi shaxslaridan biri Г. А. Захарьин "Klinik ma'ruzalar"da kasallik paydo bo'lishining shartlarini multifaktorial baholashga bunday o'ychan qiziqishning misollari keltirilgan. XX asrning ikkinchi yarmida ushbu yondashuv muhim asosga ega bo'ldi - xavf omillari kontseptsiyasi ishlab chiqildi, bu bitta bemor chegarasidan chiqib, o'zlarini sog'lom deb hisoblaydigan ko'plab odamlarda kasalliklarning oldini olishning haqiqiy imkoniyatlari haqida

gapirish imkonini berdi.

Xavf omillari tashqi va ichki muhitning bir qator omillari sifatida tushuniladi, ular:

- aholini bir bosqichli o'rganish ma'lumotlariga ko'ra kasallikning yuqori darajasi bilan bog'liq;

- aholini prospektiv tadqiqotlar natijalariga ko'ra kasallikning rivojlanish xavfining oshirilishi.

- Ularning yo'q qilinishi yoki tuzatilishi kasallik rivojlanish xavfini kamaytirishga yoki asoratlarning oldini olishga yordam beradi. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari (YQTK) uchun asosiy xavf omillari 50 yildan ko'proq vaqt oldin boshlangan va birinchi navbatda aholi orasida keng tarqalgan kasalliklarni (birinchi navbatda, yurak-qon tomir va onkologik) tushunish yondashuvini o'zgartirgan mashhur Framingham Heart Study jarayonida aniqlangan. Bugungi kunda profilaktika tadbirlariga shifokomi, shu jumladan terapevti kiritishning ahamiyati juda aniq bo'lib, uning kontsepsiyasi xavf omillarini o'rganish natijalari bilan belgilanadi.

Fremingem tadqiqotining tarixi.

Ushbu tadqiqot tarixi shahardan boshlanadi. Framingem, AQShning eng yirik universitet markazi bo'lgan Bostonning chekkasida joylashgan. Tadqiqot guruhining tanlovi bir necha sabablarga ko'ra Framingem shahriga to'g'ri keldi: bir tomondan, bu shahar aholisi kam edi va shu bilan uzoq vaqt davomida har bir aholining taqdiri, shu jumladan sog'lig'i holatidagi o'zgarishlarni kuzatib borish mumkin edi. Bundan tashqari, Framingemning Bostonga yaqinligi ushbu tadqiqotni Boston Universitetining Tibbiyot fakultetining yuqori malakali mutaxassisleri tomonidan qo'llab-quvvatlanishiga ishonish imkonini berdi. Nihoyat, 1911 yilda Framingemda mintaqada sil kasalligi tarqalishini o'rganishga qaratilgan tadqiqot muvaffaqiyatli o'tkazildi.

Tadqiqotning asosiy maqsadi yurak-qon tomir tizimi kasalliklarini rivojlanishiga ta'sir qiluvchi omillarni aniqlashdan iborat edi. Dastlab, tadqiqot guruhiga Framingemda yashovchi 30 yoshdan 62 yoshgacha bo'lgan 5209 erkak va ayol jalb qilingan. 1948 yildan boshlab kohort ishtirokchilarining davriy (har 2 yilda bir marta) kompleks tekshiruv o'tkazildi. Bunda fizikal tekshiruv, bemorlarning turmush tarzi bilan bog'liq omillarni (shu jumladan parhez odatlari, chekishga qaramlik, jismoniy mashqlar darajasi) aniqlashga qaratilgan rasmiy so'rovnomalar yordamida so'rov va laboratoriya sinovlari o'tkazildi.

1971 yilda dastlabki kogort (Framingham Offspring) ning birinchi darajadagi qarindoshlarida qon aylanish tizimi kasalliklarining xavf omillari profilini o'rganish bo'yicha tadqiqot boshlandi. Ushbu tadqiqot natijalari YQT kasalliklarining rivojlanish qonuniyatlarini keyingi xavfli ikki omil (1948 yilda kogortga kiritilgan bemorlarning bolalari va nabiralari) materiallari bo'yicha ma'lum bir xavf omillari, shu jumladan nasldan naslga ta'sir qilish darajasiga qarab namoyish etishga imkon berdi. Framingem tadqiqotining uchinchi bosqichining boshlanishi 1995 yil - genetik jihatdan bir hil yopiq guruhlarda yurak-qon tomir kasalliklari uchun xavf omillarini o'rganishga qaratilgan Framingham Omni tadqiqotining boshlangan sanasi hisoblanadi. Ushbu tadqiqot ushbu shaharda yashovchi beshta milliy ozchilik vakillarini o'z ichiga olgan. Ushbu tadqiqot natijalari yurak-qon tomir kasalliklarini alohida holatlarda o'rganish imkoniyatidan tashqari, genetik jihatdan bir-biriga o'xshamaydigan ikki populyatsiya o'zaro ta'sirlashganda kasallikning o'zgarishini tavsiflashga yordam berishi mumkin.

Framingham Study birinchi istiqbolli kohortik tadqiqot edi. " Prospektiv " tushunchasi o'rganilayotgan guruhni uzoq vaqt davomida hech qanday tashqi aralashuvisiz kuzatishni nazarda tutadi, bu esa ma'lum bir qonuniyatlarni aniqlashda ko'proq ishonchliligini ta'minlaydi va "kohort" atamasi tabiiy ravishda hosil bo'lgan katta guruhni o'rganishga kiritishni anglatadi. Dalillarga asoslangan tibbiyot nuqtai nazaridan ushbu turdagi tadqiqotlar natijalari hozirgi kunda eng ishonchli hisoblanadi. Kogortali tadqiqot dizayni quyidagilarni nazarda tutadi:

- tadqiqot guruhiga mumkin bo'lgan omillarga ta'sir etmaydigan va ta'sir o'tkazmaydigan sub'ektlardan tashkil topgan katta miqdordagi namunani kiritish;

- kelajakda ikkala guruh uzoq vaqt davomida kuzatilib boriladi va har bir ma'lum davr uchun kasallikning yangi paydo bo'lgan holatlari yoki uning asoratlari ikki guruhda baholanadi - sezgir va o'rganilayotgan omil ta'siriga bog'liq emas;

- kasallikning yangi paydo bo'lgan holatlarining ikkala guruhdagi chastotalarini taqqoslash asosida, tekshirilayotgan omil ta'sirining ahamiyati baholanadi.

Ikkita asosiy xususiyat - tadqiqot natijalarining ishonchliligini maksimal darajada oshirish uchun juda katta miqdordagi namuna o'lchamlarini ishlatish va uzoq kuzatuv vaqti - bir vaqtning o'zida prospektiv kogort tadqiqotlarini qiyinlashtiradi. Framingem tadqiqotlari bilan bir qatorda va asosan uning yordamida ko'plab metabolik kasalliklar

(semirish, giperurikemiya) va yurak-qon tomir kasalliklari, shuningdek yurak-qon tomir asoratlari va surunkali buyrak etishmovchiligiga moyil bo'lgan omillar haqida ma'lumotlarning miqdori doimiy ravishda mavjud.

Fremingem tadqiqoti (AQSH)



Rasm -1. "Prospektiv kogortani o'rganish" tushunchasi

Masalan, umumiy etnik omil (afroamerikaliklar, amerikalik hindular) tomonidan birlashtirilgan yopiq populyatsiyalarni kuzatish natijalari alohida qiziqish uyg'otmoqda. Shu bilan birga, ushbu natijalarni barcha irqning vakillari uchun to'liq ekstrapolyatsiya qilish mumkin emasligini yodda tutish kerak, garchi ular ko'pincha ko'proq namoyishkorona bo'lib chiqsa ham: masalan, afroamerikaliklar ma'lum darajada tez rivojlanishning tabiiy modelini namoyish etadi. Hozirgi vaqtda ko'plab surunkali kasalliklarga chalingan bemorlarning (o'tkir miokard infarktga chalingan, surunkali buyrak etishmovchiligiga chalingan va boshqalar) katta (milliy, kontinental) registrlari faol ravishda yaratilmoqda. Bunday reestrlarni tuzishdan maqsad kasallikning rivojlanishiga o'ziga xos xavf omillari ta'sirini va ularning asoratlar ehtimolini aniqlash, zarur tibbiy yordam hajmini aniqlash va ayniqsa, profilaktika strategiyasini optimallashtirishdan iborat. Ushbu registrlar ma'lumotlari istiqbolli tadqiqotlarda olingan individual xavf omillarining rolini tushunishni sezilarli darajada to'ldiradi.

O'zgaruvchan va o'zgarmas xavf omillari.

Framingem tadqiqotining dastlabki vazifasi aterosklerozning va unga tegishli YQTK kasalliklarning o'ziga xos etiologik omillarini aniqlash edi. Biroq, vaqt o'tishi bilan ushbu kasallik guruhining paydo bo'lishi turli xil omillarning ta'siri bilan bog'liqligi aniq bo'ldi, ularning ba'zilari etiologiyaga taalluqli bo'lmasa ham, ayni paytda ularning rivojlanishida juda muhim rol o'ynaydi va shuning uchun mustaqil o'rganishni talab qiladi. Shunday qilib, laboratoriya parametrlari (xususan, xolesterolning turli fraktsiyalari kontsentratsiyasi), turmush tarzi xususiyatlari (ovqatlanish turi, chekishning mavjudligi yoki yo'qligi), gemodinamik ko'rsatkichlar (qon bosimi darajasi) ba'zi bir o'zgarishlar ba'zi kasalliklarning rivojlanish ehtimolini sezilarli darajada oshirishi mumkin (masalan: yurak qon-tomir kasalliklari (YIK)). Ushbu omillarning har birining inson tanasiga ta'siri ko'pincha kasallikning rivojlanishiga sabab bo'ladigan darajada etarli emasligiga qaramay, ko'p marta ko'payadi. Shuning uchun ularni etiologik, agar ular mavjud bo'lsa, kasallikning paydo bo'lishi ehtimolligi bilan bog'lash mumkin emas. Ushbu omillar guruhi "xavf omillari" deb nomlangan (1961).

O'zgaruvchan (o'zgartirilishi mumkin) va o'zgarmas (o'zgartirilmaydigan) xavf omillari ajratiladi.

- Uning namoyonlik darajasi dori-darmon va dori-darmonsiz (masalan, arterial gipertenziya, giperxolesterinemiya, chekish) kamayishi mumkin. Xavf omillari o'zgaruvchan deb hisoblanadi.

- O'zgarishsiz xavf omillarini tuzatish mumkin emas (masalan, yoshi, jinsi).

Framingem tadqiqotining natijalari giperxolesterolemiya (1957), arterial gipertenziya (1957, 1970), qandli diabet (1974), menopauza (1976), semirish (1967) ning koronar arteriya kasalligi va insultlar uchun xavf omillari rolini ishonchli isbotlashga imkon berdi. Dori vositalarsiz ta'sir yordamida tuzatilishi mumkin bo'lgan hayot tarzi bilan bog'liq omillarni (chekish, kamharakat turmush tarzi) ajratib turishini alohida ta'kidlash lozim. Xavf omillarining ushbu guruhini aniqlashning ahamiyati isbotlangan deb hisoblanadi, ularni doimiy ravishda nazorat qilish arterial gipertenziya va giperlipidemiyaning mavjud kasallik bilan davolashning mavjud usullariga qaraganda ancha muhim natijalarni berishi mumkin.

Framingem tadqiqotlari davom etar ekan, xavf omillari tushunchasi yangi ma'lumotlar bilan to'ldirilmoqda - giperfibrinogenemiya (1987), lipoprotein (1994) va chap qorincha kattalashishi (1994) ning ahamiyati

ko'rsatilgan. Yaqinda aniqlangan ba'zi xavf omillari, masalan, giperhomosisteinemiya (1996), allaqachon isbotlangan.

Xavf omillariga ta'sir qilish darajasini baholash har tomonlama bo'lishi kerak. Shunday qilib, chekish, arterial gipertenziya va yuqori xolesterin kontsentratsiyasining ateroskleroz rivojlanishiga kumulyativ ta'siri tavsiflangan va shuning uchun ikki yoki undan ortiq xavf omillari ta'sirida bo'lgan bemorni boshqarish taktikasi faolroq bo'lishi kerak.

So'nggi yillarda profilaktika maqsadida (statinlar, antiaggregantlar) ayrim dorilar guruhlarini muddatidan oldin buyurish bo'yicha ko'rsatmalar kengayib bormoqda, bu ularni shikoyat qilmaydigan shaxslar tomonidan qabul qilish zarurligini anglatadi. Bunday "agressiv" terapevtik strategiyalarga rioya qilish bo'yicha tavsiyalar, albatta, katta nazorat ostida olib borilgan tadqiqotlar natijalariga asoslangan va ularning samaradorligi va xavfsizligini har doim sinchkovlik bilan tahlil qilishni talab qiladi.

Birlamchi va ikkilamchi profilaktika

Populyatsion ahamiyatga ega bo'lgan kasalliklarning oldini olish uchun xavf omillarini erta aniqlash va yo'q qilish muhimligini asoslaydigan xavf omillari tushunchasi ichki kasalliklar klinikasida profilaktika rivojlanishiga asos bo'ldi.

- Birlamchi profilaktika - bu ularga duchor bo'lgan, ammo xastalikka chalingan bo'lmagan odamlarda xavf omillarini aniqlash va tuzatish (masalan, arterial gipertoniya bilan og'rigan bemorda gipotenziv terapiya miokard infarkti, qon tomirlari va surunkali buyrak etishmovchiligi rivojlanish xavfi pasayishiga olib keladi).

- Ikkilamchi profilaktika kasallikning asorati rivojlanishining oldini olish maqsadida kasallikka chalingan odamlarda xavf omillarini tuzatishni nazarda tutadi (giperxolesterinemiya bilan kurash koronar arteriya kasalligi bo'lgan bemorda takroriy miokard infarkti xavfini kamaytiradi).

Birlamchi va ikkilamchi profilaktika umumiy amaliyot shifokori oldida turgan eng muhim vazifalardan biridir. Aholida ateroskleroz va unga bog'liq bo'lgan YQT kasalliklarining oldini olish nafaqat ijtimoiy, balki iqtisodiy jihatdan ham muhim ahamiyatga ega bo'lgan mehnatga layoqatli aholining sog'lig'ini saqlashga imkon beradi.

Shunday qilib, xavf omillari tushunchasi XXI asr tibbiyotining juda muhim tarkibiy qismi, uning profilaktika yo'nalishi hisoblanadi.

An'anaviy diagnostika va terapevtik tadbirlar bilan bir qatorda zamonaviy klinisist ham printsiplarga ega bo'lishi kerak.

DIAGNOSTIKADAGI TARAQQIYOT VA PATOLOGIYA EVOLYUTSIYASI

Zamonaviy tibbiyot ko'plab yuqori ma'lumotli instrumental va laboratoriya tadqiqot usullaridan keng foydalanadi, bu diagnostika aniqligini oshiradi, ko'plab kasalliklarning sabablari, mohiyati va namoyon bo'lishini kengaytiradi va chuqurlashtiradi. Shu bilan zamonaviy tibbiyotning mohiyatini sezilarli darajada o'zgartiradi. Shubhasiz, rentgenografiya va endoskopiyadan foydalanish tufayli oshqozon-ichak trakti kasalliklari (OIT) diagnostikasining aniqligi va dolzarbligi sezilarli darajada oshdi (masalan, retrograd xolangiopankreatografiya birlamchi sklerozlangan xolangit diagnostikasida "oltin standart" deb tan olindi). Exokardiyografiya (Exo-KG) va angiografiya yordamida yurak va qon tomirlarining ayrim kasalliklarini yuqori darajada aniqlash mumkin. O'pka, qorin bo'shlig'idagi o'smalar kompyuter tomografiyasi (KT) yordamida shu jumladan yuqori aniqlik bilan o'tkaziladi. To'qimalarning hayot davomida morfologik tekshiruv, masalan, gepatit va nefritning har xil turlarini farqlash imkonini beradi, shu bilan birga ularning etiologik omillari va faolroq davolanishga ko'rsatmalarini belgilaydi.

Laboratoriya tadqiqotlari imkoniyatlari sezilarli darajada o'zgarib bormoqda. Masalan, qon va siydik tarkibidagi turli xil moddalarning, xususan, gormonlarning tarkibini aniqlash shubhali holatlarda nafaqat endokrin a'zolarning kasalliklarini giper yoki gipofunksiyasini aniqlashga, balki ularning boshqa kasalliklarda funktsiyalari buzilishini ham aniqlashga imkon beradi. Bu davolanishni tanlashda ham muhimdir. Ba'zi gormonlarning tarkibini aniqlash, masalan, endokrin arterial gipertenziya shakllarini ajratishga imkon berdi, ular ilgari essentsial (ya'ni sababsiz) deb hisoblangan. Bir qator substratlarni laboratoriya asosida aniqlash imkoniyati mavjud bo'lib, ular ma'lum darajada ma'lum patologik holatlar belgilariga taalluqli bo'lishi mumkin (masalan, o'tkir miokard infarkti va o'tkir koronar sindrom diagnostikasida troponinlar - troponin I va troponin T darajasini aniqlash).

Klinik tajriba o'rgatadi: yangi tadqiqot usullari qanchalik mukammal bo'lmasin, ularning yordami bilan olingan ma'lumotlar kamdan-kam hollarda bemorni an'anaviy tekshiruv natijalarini hisobga olmaganda ishlatilishi mumkin. Bu birinchi navbatda diagnostika

jarayonida juda muhim bo'lgan savollarga, shuningdek, tekshirish, paypaslash (palpatsiya), urib ko'rish (perkussiya) va eshitish (auskultatsiya) kabi an'anaviy fizikal tekshiruv usullariga taalluqlidir. Taraqqiyot ba'zi an'anaviy usullarning qiymati va ularning yordami bilan aniqlanadigan alomatlar haqidagi g'oyalarni ma'lum bir qayta ko'rib chiqishga yondashdi. Ularning aksariyati bugungi kunda o'z ahamiyatini saqlab qolmoqda.

Kasalliklar nazariyasini rivojlantirishning hozirgi bosqichi inson kasalliklari rivojlanish mexanizmlarini, ularning tasnifi, diagnostikasi va davolash usullarini tushunishda yondashuvlarning katta o'zgarishlari bilan tavsiflanadi. Hayotiy sharoitlarning o'zgarishi, atrof-muhitning turli omillari ta'sirining kuchayishi yoki zaiflashishi, boshqalarning chastotasining pasayishiga qaraganda, ba'zi patologiya turlarining paydo bo'lishiga yoki ko'payishiga, aniq fanlarning imkoniyatlari va yutuqlariga yordam beradi. Birinchi navbatda genetika va molekulyar biologiya - bemorlarni boshqarish uchun eng maqbul taktikani yaratadi.

Bugungi kunda inson genomini dekodlash to'g'risida allaqachon keng ma'lumotlar mavjud va odamlarning genomik ketma-ketliklarining tavsifi ulkan genetik ma'lumotlar bazasini yaratishga olib keldi. Ammo klinitsist uchun ushbu fundamental tadqiqotlar natijalari, shu jumladan turli xil kasalliklarning o'ziga xos genetik anomaliyalar bilan birlashishi to'g'risidagi mo'l-ko'l ma'lumotlarning amaliy qiziqishi qay darajada ekanligini bilish juda muhimdir. Genetika kasalliklari birinchi navbatda nisbatan kam uchraydigan kasalliklarning rivojlanishi uchun javobgardir, degan fikr bor, ammo bu yana bitta gen buzilishi organizmning normal ishlashi uchun ahamiyati haqidagi tezisni yana bir bor tasdiqlaydi. Klinik va genetik taqqoslashning asosiy maqsadi alohida shaxslarning irsiy xususiyatlarining o'zaro ta'sirini va umuman olganda populyatsiyani (tashqi muhit ta'sirini hisobga olgan holda) ochish, individual mutatsiyalar o'rtasidagi munosabatni ochib berishdir, ko'pgina kasalliklar tabiatan poligenik bo'lganligi sababli bu juda muhimdir.

DAVOLASHDAGI TARAQQIYOT

Davolash muammosi har doim klinitsist uchun eng muhim bo'lib kelgan. Kundalik amaliyotga davolashning yuqori samarali usullarini, birinchi navbatda, dori-darmonlarni muntazam ravishda joriy etish ko'plab o'limga olib keladigan kasalliklarning rivojlanish yo'nalishini sezilarli darajada o'zgartirdi. Bir nechta dori-darmonlarni nomlash mumkin, ularning tashqi ko'rinishi ilm-fanning ajoyib yutug'i deb

hisoblangan va Nobel mukofoti bilan taqdirlangan. Bu pernitsioz anemiyani davolaydigan B12 vitamini; yuqumli tabiatning ko'plab kasalliklari, shu jumladan sil kasalligi prognozini o'zgartirgan penitsillin va streptomitsin; revmatik artrit va boshqa ko'plab kasalliklarni davolashda ishlatiladigan glyukokortikoidlar (prednizolon); oshqozon yarasida yuqori samarali bo'lgan gistamin va proton nasos ingibitorlarining; H2-retseptorlari blokerlari. Ko'p sonli dori-darmonlarning paydo bo'lishi yangi tibbiyot ixtisosligi - zamonaviy sharoitda jadal rivojlanayotgan klinik farmakologiya paydo bo'lishiga olib keldi. U kasal tanadagi dori-darmonlarni qabul qilishga javoban paydo bo'ladigan o'zgarishlarni, shu qatorda boshqa ta'sirlarni, shu jumladan nojo'ya ta'sirlarni, shuningdek, bu o'zgarishlarning qonda dori konsentratsiyasi dinamikasi (farmakokinetikasi) bilan bog'liqligini o'rganadi.

Dori vositalari bilan faol davolash asosiy kasallikning rivojlanishini deyarli to'xtatishi mumkin, ammo bemor dorilar tomonidan kelib chiqadigan yangi patologiya natijasida o'lishi mumkin - yatrogen, ya'ni shifokor faoliyati bilan bog'liq. Dori vositalarining nojo'ya ta'siri dispeptik hodisalar (ko'ngil aynishi, qusish va boshqalar), terida toshmalar paydo bo'lishi, shuningdek qonning buzilishi (agranulotsitoz, gemolitik anemiya), jigar (surunkali gepatit), buyraklar, o'pka va boshqa a'zolar bilan bog'liq. An'anaga ko'ra yatrogen kasalliklar shifokorning (umuman tibbiyot xodimining) bayonotlari va xatti-harakatlari natijasida, deontologiya tamoyillariga zid bo'lgan, inson psixikasini shikastlaydigan kasalliklar deb hisoblanardi. Biroq, hatto 300 yil oldin ham taniqli Tomas Sydenxem ("ingliz Gippokrati", keyinchalik uni shunday atashgan), so'z travmasining katta xavfini ta'kidlab, shifokorning boshqa ta'siridan kelib chiqishi mumkin bo'lgan xatarlar (dorilarni tayinlash va boshqalar) haqida gapirdi. Zamonaviy klinisistlar "yatrogeniya" tushunchasini kengaytirib, dori vositalar va turli xil tibbiy manipulyatsiyalarning (invaziv tadqiqot usullari va boshqalar) salbiy oqibatlarini aniq ko'rsatib berishdi. Bu dori vositalar kasalligi to'g'risidagi doktrinada maksimal darajada ifodalanadi (xususan, E.M. Tapeevning fikriga ko'ra "asosiy dori vositalar kasalligi"), bu ko'pincha ko'plab a'zolar va tizimlarning (terining, bo'g'imlarning, qon tomirlarining buyrak, o'pka va boshqalar) ishtirokini ko'rsatadigan belgilar majmuini anglatadi, u yoki bu dorilarning toksik tasiri bilan emas, balki immunitet mexanizmi bilan bog'liq. Shunday qilib, antibiotiklar davrida, shubhasiz, millionlab bemorlarning hayoti saqlanib qolindi. Shu bilan birga, xuddi shu antibiotiklar anafilaktik shokning rivojlanishiga

sabab bo'ldi, undan minglab bemorlar vafot etdi. Amaldagi dorilarning nojo'ya ta'sirini o'z vaqtida aniqlash uchun zamonaviy shifokor dori-darmonlarning nojo'ya reaksiyalari va monitoringini o'tkazish usullari to'g'risida maksimal ma'lumotga ega bo'lishi kerak.

Nonspesifik dori sindromlari.

- Isitma
- Teri sindromi - dermatit, eshak emi, pannikulit, eritema tugunlari, qon tomir purpura; bo'g'im sindromi.
- Gematologik sindrom - sitopeniya, agranulotsitoz, anemiya
- Bronxo-obstruktiv sindrom
- Monoorgan shikastlanish - nefrit, surunkali faol gepatit, fibrozli alveolit
- Tizimli ko'rinishlar – TQB (Tizimli qizil bo'richa), tugunchali periarteriit.

GCP - SIFATLI KLINIK AMALIYOTI

Klinik farmakologiyaning paydo bo'lishi klinik sinovlarni tashkil etish, o'tkazish, etika va deontologiya bilan bog'liq GCP (*yaxshi klinik amaliyot*) deb nomlangan qoidalarida o'z ifodasini topgan printsiplar tizimini shakllantirishga yordam berdi. Yangi dori-darmonlarni sinovdan o'tkazish xalqaro klinik amaliyotda ushbu printsiplarga asoslanadi.

Davolash ko'rsatkichlarining aniq ta'rifi, ya'ni, qarshi ko'rsatmasini baholash bilan asosiy klinik sindrom yoki kasallik tashxisi yangi preparatni sinashga bag'ishlangan maxsus o'rganish protokolida qayd etiladi. Shu o'rinda dori ta'sirini ob'ektivlashtirish kerak. Ya'ni, kasallik jarayonining dinamikasini baholash va mavjud ko'rsatkichlarni maxsus tanlangan taqqoslash guruhining ko'rsatkichlari bilan taqqoslash lozim. Yangi dorilar to'rt bosqichda sinovdan o'tkaziladi. Birinchi bosqich preparatning ta'sirini eksperimental modellarda baholashni o'z ichiga oladi. Ikkinchi bosqich dori vositalarni o'rganish uchun juda muhimdir va odatda sog'lom ko'ngillilarda o'tkaziladi. To'rtinchi bosqichda asosiy e'tibor nojo'ya ta'sirga qaratiladi, chunki davolanishga bemorlarning katta guruhlari kiritilgan.

Axloqiy me'yorlarga rioya qilish GCP ning eng muhim tamoyilidir. Shu bilan birga, bemor yoki sub'ekt (sog'lom ko'ngilli) inson huquqlari bo'yicha umume'tirof etilgan me'yorlarga muvofiq tashxis qo'yish va davolash usullari, va ushbu choralarining etimoliy xarfi to'g'risida xabardor qilinishi kerak. Ushbu tavakkalchilik asosiy yoki yo'qligini unga o'zi hal qilish imkonini beradi. Shunga muvofiq, ayrim mamlakatlarda

axborot-resurs markazi

317837

bemorlarga bir qator potentsial xavfli diagnostika va terapevtik protseduralarga, masalan, elektrokardiogrammani (EKG) dinamik ravishda ro'yxatdan o'tkazish bilan koronar qon aylanishining buzilishini baholashda velosiped ergometrik mashq qilishga yozma ravishda rozilik berish taklif etiladi. Dastlabki tadqiqotlarda, birinchi navbatda eksperimental preparatlarda yuqori faolligi isbotlangan yangi dori-darmonlarni sinovdan o'tkazish, tibbiy muassasaning axloq qo'mitasi tomonidan tasdiqlanishi kerak.

TARIXIY OCHERK

"Texnologiyalarning rivojlanishi bu kabi tashxis qo'yish qulayligini ta'minlaydi" deb o'ylash xato bo'lar edi (E.M. Tapeev). O'tmishdagi klinik tibbiyotga asoslangan an'anaviy usullar hanuzgacha o'zgarmasdir. Ularning asosida zamonaviy shifokor o'zini klinitsist sifatida shakllantiradi. Bunday poydevor, shubhasiz, deyarli 25 asr davomida vaqt sinovidan o'tgan Gippokrat va Avitsennaning tibbiyot kanonini davolash tamoyillaridir.

O'rta Osiyo olim-entsiklopedisti, Sharq va Evropada Avicenna nomi bilan mashhur faylasuf va tabib Abu Ali-Husayn ibn Abdulloh ibn-Hasan ibn Ali Ibn-Sino (980-1037) mamlakatlar olimlari orasida katta obro'ga ega edi. Avicenna 980 yilda Buxoro yaqinidagi Afshona qishlog'ida tug'ilgan.



Rasm -2. Abu Ali Husayn Ibn Abdalloh Ibn Sino



Rasm -3. Abu Ali Ibn Sino



Rasm-4. Abu Ali Ibn Sinoning CANON MEDICINE asari.

Buxoroda boshlang'ich ma'naviyat maktabiga o'qishga kirib, u yerda Qur'on va grammatika, stilistika, poetika kabi fanlarni o'rgangan. Ibn Sinoning tibbiy va umumiy ilmiy tayyorgarligida uning yoshligida eng boy Buxoro kutubxonasidan keng foydalanish imkoniyatiga ega bo'lganligi muhim rol o'ynadi. Ibn Sino o'sha davrda Sharqning ilg'or madaniyat markazi bo'lgan Somoniylar davlatining iqtisodiy va madaniy

gullab-yashnagan muhitida olim sifatida kamol topdi va voyaga etdi. Siyosiy voqealar tufayli bu markaz XI asr boshlarida qo'shni Xorazmga ko'chib o'tgach, Ibn Sino bu yerda tashkil topgan olimlar uyushmasiga, Shoh Ma'mun akademiyasi deb ataladigan tashkilotga a'zo bo'ladi. Avicennaning bu "akademiyada" atoqli olim Al-Beruniy, atoqli tabib Abul-Hasan-Hammar bilan birga bo'lgan davri uning ijodiy va ilmiy faoliyati tongi davri hisoblanadi.

Avicenna falsafa, matematika, fizika, astronomiya, kimyo va boshqalar bo'yicha bilimning eng xilma-xil sohalari bo'yicha ko'plab asarlar qoldirdi. Lekin eng muhimi uning tibbiyot va farmakologiya sohasidagi asarlari, birinchi navbatda, "Tibb qonuni" edi. Bu asar ko'p asrlar davomida nafaqat Sharq mamlakatlarida – arabcha variantda, balki G'arbiy Yevropaning barcha universitetlarida lotin tiliga tarjima qilingan holda tibbiyot fanini o'rganishda majburiy qo'llanma bo'lib xizmat qilgan. Buni uning "Qonun" ning keyingi tarjimalari tasdiqlaydi.



Rasm-5. Kitob al-shifo (a- 1b) varaq 1666 y. ko'ch (O'z FA Sh 3-foto).

"Qonun" ning lotin tiliga eng chuqur tarjimasi Plempiusga tegishli bo'lib, u 1658 yilda Lvovda nashr etilgan. Sharqshunoslarning keyingi bir qator asarlarida "Qonun" ning ko'plab qayta yozilgan versiyalari Eron, Pokiston, Afg'oniston, Arabiston, Italiya, Hindiston va Markaziy Osiyoda arab, fors va turk tillarda XIII dan to XX asrning boshlarigacha qayd etilgan. Shunday qilib, deyarli 600 yil davomida "Tibb qonuni" Sharq va G'arbda tibbiyot bo'yicha asosiy ishlanma bo'lib qoldi. "Tibb qonuni"

1019-1020 yillarda yozilgan. Unga aslida Ibn Sino 20 yil davomida to'plagan va tizimlashtirgan barcha materiallar kiritilgan edi.

"Tib qonuni" besh kitobdan iborat bo'lib, anatomiya, fiziologiya, patologiya, terapiya, jarrohlik, gigiena, parhez masalalarini o'z ichiga oladi.

Ibn Sino rim, hind, yunon va boshqa antik davr tabiblari tajribasini umumlashtirib, to'plangan materiallarni tizimlashtirishga va ularni klinik kuzatishlari bilan bog'lashga harakat qildi.



Rasm -6. Ibn Sino bemor ko'rigida.

Ibn-Sino tibbiyotga oid asarlari bilan umuminsoniy madaniyat xazinasiga o'z hissasini qo'shdi. Avitsenna Gippokrat, Galen, Misr, Fors va Hindiston tabiblarining yutuqlarini birlashtirdi, ularni o'z izlanishlari, yorqin kashfiyotlari va farazlari natijalari bilan to'ldirdi. Masalan, u birinchi bo'lib yuqumli kasalliklarni eng ko'zga ko'rinmas organizmlar olib boradi degan. Faqat 9 asr o'tib u kashf etilgan va virus deb atalgan. U ko'rinadigan tasvir ob'ektivda, avvalgiday ishonilganidek emas, balki retinada joylashganligini ta'kidladi.

Avitsenna ko'plab asarlarni qoldirdi, ular orasida "Kanon" (Canun fi'l Tibb) ayniqsa mashhur bo'lgan, u o'zining tibbiyot tizimini belgilab bergan, uning asosiy xususiyatlari Galen tizimiga juda o'xshashdir. "Tibbiyot kanoni" beshta kitobdan iborat. Birinchi kitob tibbiyotga ta'rif beradi, kasalliklar, sog'liqni saqlash usullari va davolashni

tavsiflaydi. Jismoniy mashqlar, suvga chiniqish va to'g'ri ovqatlanishning kasalliklar oldini olishga katta ahamiyat berilgan.

“Qonun” ning beshinchi kitobi asosiy (mualliflik) dori vositalari bilan ifodalanadi, ularning retseptlari mashhur shifokorlar – yunon-rim, qadimgi hind, tibet tibbiyoti vakillari tomonidan tuzilgan va ular nomi bilan atalgan (Gippokrat, Aristotel, Galen, Filoksenus va b) [1, 8]. Bunda 508 ta murakkab dori vositalarining tarkibi va tayyorlash usullari tasvirlangan. “Qonun” ning beshinchi kitobi yoki farmakopeyasi murakkab dori-darmonlar, jumladan, dorivor sharob va siroplar uchun 716 ta retsept haqida ma'lumotni o'z ichiga oladi.

Shunday qilib, Ibn Sino bizga bir necha asrlar davomida asarlari tibbiyot fanining nazariy va amaliy asosi bo'lib xizmat qilgan, mashhur o'rta osiyolik olim bo'lib ko'rinadi. “Tibb qonunlari” esa ko'p marta qayta nashr etilgan va XVI asrgacha Yevropa va Sharq universitetlarida jahonda tengsiz tibbiy qo'llanma bo'lib qolgan.



Rasm-7. Gippokrat bemor ko'rigida.

Taxminan Miloddan avvalgi 460-370 yillarda yashagan Gippokrat Platon, Suqrot, Esxil, Sofokl mutafakkir va yozuvchilarning zamondoshi bo'lgan. U nafaqat taniqli shifokor va tibbiyot xodimi, balki ko'plab kasalliklarning tavsiflarini o'z ichiga olgan yozma ishlarning (klinik kuzatuv) muallifi sifatida tanilgan, o'sha davr tibbiyotining yuqori darajasini namoyish etadi. Shu jumladan anamnezni to'liq o'rganib

chiqadi, shuningdek tekshirish, palpatsiya, to'g'ridan-to'g'ri auskultatsiya, balg'am va siydikni tekshirish usullaridan foydalanishni o'rgatadi.

Gippokrat maktabi kasalliklarni o'rganish, bashorat qilish, oldini olish va davolash kerak bo'lgan tabiiy hodisalar sifatida qarashni tasdiqladi. Biroq, qadimgi yunonlarda hali ham anatomiya, patologiya (autopsiya o'tkazilmagan) va nozologiya haqidagi g'oyalar to'g'risida tizimli bilimlar mavjud emas edi.

Tibbiyotning bu ikkita asoschisini unga munosabatni nafaqat hunar, balki fan va san'at sifatida ham birlashtiradi. Kasallik sabablarini aniqlashga qiziqish, alomatlarni tizimlashtirish, umuman tibbiyotning falsafiy jihatlari, kasallik va xususan bemor, davolanishning axloqiy muammolari, bugungi kunda butun dunyoda tan olingan "Gippokrat qasamyodi" maksimal darajada o'z ifodasini topgan.



Rasm-8. Gippokrat Irandan oldingi V asrda birinchi bo'lib gepatit belgilarini ko'rsatgan

Fizikal usullardan foydalangan holda zamonaviy diagnostika (ya'ni odamning his-tuyg'ularidan foydalangan holda) yunon tibbiyotidan kelib chiqadi, garchi uning ba'zi boshlang'ichlari Qadimgi Misr, Vavilon, Xitoyda bo'lgan; ammo, ikkinchisi ishonchli hujjatli dalillarni olmagan. Yunon tibbiyoti juda erta rivojlana boshladi, buni Gomer Iliada (miloddan avvalgi taxminan IX-VIII asrlar) da tasdiqlaydi.

Tarixga kirgan keyingi yirik shifokor ham II asrda yashagan yunon Galeni (Rim imperatori Markus Avreliyning shifokori) edi. Miloddan avvalgi va nafaqat tibbiyotda, balki eksperimental fiziologiyada ham ko'plab asarlar qoldirgan bo'lib, ular Andrey Vesaliygacha 15 asr davomida o'z ahamiyatini saqlab qolgan. Ikkinchisi ko'plab autopsiyalarga asoslangan anatomik tavsiflarni tuzdi va diagnostikada fizikal tadqiqot usullarini yanada rivojlantirish uchun mustahkam asos bo'ldi.

Tibbiyotning keyingi rivojlanishi xalqlar va davlatlar tarixi bilan chambarchas bog'liq bo'lib, ma'lum darajada ilm-fan va umuman bilimlarning rivojlanishini aks ettiradi. Shunday qilib, 17-asrda bo'lgan ingliz Tomas Sydenxemni eslatib o'tishimiz kerak. Vabo, vabo kabi bir qator yuqumli kasalliklar va ularning epidemiyalarini o'rganib chiqdi, gutni boshqa bo'g'im kasalliklaridan farqli o'laroq kasallikning o'ziga xos shakli deb ta'rifladi.



Rasm-9. Tomas Sydenxem bemorni davolamoqda.

Shuningdek, u muhim ob'ektiv belgilar va mezonlarga asoslanib kasalliklarning individual nozologik shakllarini aniqlash tamoyillarini ishlab chiqdi.



Rasm-10. Devid Teniers (kichik) Qishloq shifokori. XVII asr (Shifokor bemorning siydigini yorug'likda tekshiradi).

Morgagni XVIII-asrda Italiyada klinik va anatomik taqqoslash usulini qat'iy joriy etdi va oshqozon saratoni, sifilitik aorta anevrizmasi va krupoz pnevmoniya kabi kasalliklarning birinchi tavsiflarini yaratdi.

Diagnostikaning keyingi rivojlanishi fizikal tadqiqotlarning bir qator usullarini kashf etish va har doim etakchilar - taniqli shifokorlar bo'lgan milliy klinik maktablarni shakllantirish bilan bog'liq. Qoida tariqasida, ular ilmiy umumlashtirishlarni amalga oshirdilar, lekin ko'pincha ular o'sha davrning taniqli tarixiy shaxslari - siyosiy rahbarlar, harbiy rahbarlar va boshqalarga munosabatda bo'lgan taniqli shaxslar edilar.

So'nggi uch asrda kiritilgan tadqiqot usullari quyidagilarni o'z ichiga oladi.

- 1761 yilda Leopold Auenbrugger tomonidan taklif qilingan zarbli va Napoleon Bonapartni davolagan taniqli frantsuz shifokori Jan Korvisard tomonidan keng ommalashtirilgan;

- Ushbu uslubni qo'llash bo'yicha kitob yozgan Rene Laennek tomonidan stetoskop bilan auskultatsiya taklif qilingan.



Rasm-11. Rene Laenneck

Tana haroratini o'lchash asrlar davomida turli shakllarda amalga oshirilgan bo'lsada, uning rivojlanishiga jiddiy turtki bo'lib, 1743 yilda Tselsiy bo'yicha harorat shkalasi ishlab chiqilgan edi. Har xil patologik jarayonlar uchun harorat egri chiziqlarini batafsil o'rganish Germaniyada Vunderlich tomonidan olib borilgan.

Birinchi marta qon bosimini o'lchash (BP) Kembrijda S. Xeyls tomonidan 1733 yilda to'g'ridan-to'g'ri usul bilan amalga oshirildi. Klinik amaliyot uchun ushbu tadqiqot 1896 yilda Riva Rochchi tomonidan taklif qilingan manjet va simob manometri paydo bo'lganidan keyin, lekin ayniqsa 1904 yilda N.S.Korotkov tomonidan kashf etilgan, qon tomirlari ohanglari, bu nafaqat sistolik qon bosimini aniqroq aniqlashga, balki ulnar arteriyada diastolik qon bosimini o'lchashga imkon berdi.

Yuqorida aytib o'tilgan taniqli shifokorlardan tashqari, AQShda tug'ilgan va Kanada va Buyuk Britaniyada ishlagan, shifokorlar va talabalar uchun birinchi zamonaviy fundamental qo'llanmani yaratgan, va birinchi bo'lib tavsiflangan ser Uilyam Oslerni (1849-1918) alohida ta'kidlash lozim.

Paydo bo'lgan yoki rivojlanayotgan kasallikning barcha tafsilotlarini baholash, nafaqat uning mavjudligini aytib berish, balki, avvalambor, bemorning azoblarini engillashtirish, umrini uzaytirish yoki uni davolash uchun muhimdir. Bugungi kunda, bemorni, shu jumladan o'ta og'ir azob-uqubatlardan qutulish tobora haqiqatga aylanib bormoqda,

garchi avvalgidek, har qanday holatda ham shifokor bemorni yupatishi kerak.

Patologik jarayonning mohiyatini tushunish (masalan, yuqumli-yallig'lanish, autoimmun, o'sma va boshqalar), kasallikning sabablari (iloji bo'lsa), a'zolarning morfologik o'zgarishlari, ularning funktsiyalarining pasayishi darajasi - bularning barchasi "kasallikni aniqlash" tushunchasiga kiritilgan va yaqindan bemorni to'liq tekshirish bilan bog'liq.

"Kasallik" tushunchasining o'zi juda ko'p qirrali. Kasallik (lotincha morbus) - bu normal faoliyatiga xalaqit beradigan yoki o'zgartiradigan tananing normalishlashini buzish holatidir. Ko'pincha, ma'lum bir kasallikning klinik ko'rinishlari ayrim a'zolar yoki tizimlarga, ba'zida faqat bitta organga zarar etkazish belgilarini aniqlaydi, ammo barcha holatlarda kasallik butun organizmni patologik jarayonga jalb qilishdir. Shuning uchun umuman organizmning holatini baholash har doim juda muhimdir.

Kasallik - bu atrof-muhit omillari (masalan, to'yib ovqatlanmaslik, atrof muhitning ifloslanishi, noqulay iqlim sharoiti), o'ziga xos yuqumli moddalar (bakteriyalar, viruslar, gelmintlar, zamburug'lar), tug'ma buzilishlar (turli xil genlar anomaliyalari) ta'siriga yoki bu omillarning kombinatsiyasiga javobdir. Taniqli rus klinitsisti E.M. Tapeev yozgan: "Kasallik - bu organizmning o'zgargan atrof-muhit sharoitlariga reaktsiyasi, organizmning moslashuvchanligining o'ziga xos shakllarini buzish. Aynan atrof-muhit va organizmning o'zgaruvchan reaktivligi bilan o'zaro ta'siri har qanday kasallikning kelib chiqishiga baho berishda doimo hisobga olinishi kerak. "

Diagnostikaning umumiy tamoyillarini o'zlashtirish, ma'lum bir bemorning anamnezi ma'lumotlarini (kasallikning rivojlanish tarixi, oila tarixi, hayot tarixi), to'liq klinik natijalarni, shu jumladan qo'shimcha laboratoriya va instrumental, tadqiqot natijalarini baholash qobiliyati har qanday mutaxassislik bo'yicha shifokor uchun mutlaqo majburiydir. Shuni ta'kidlash kerakki, tashxis qo'yish usullari qanchalik ko'p taklif qilinsa, an'anaviy tekshiruv usullari shunchalik muhim ahamiyat kasb etadi, chunki ular nafaqat klinik tafakkurni, tibbiy san'atni va umuman davolanishni shakllantiradi, balki ularni doimiy ravishda mustahkamlaydi va rivojlantiradi, shuningdek, talabalarga ichki kasalliklarni o'rgatishda tashxisning tamal toshi bo'lib qoladi. Fizikal tekshiruv nafaqat asosiy diagnostika usullaridan biri, balki shifokor va bemor o'rtasidagi

munosabatlarni shakllantirish uchun asosdir. Shifokor fizikal tekshiruvdan o'tkazadigan ma'lumotni (ko'pincha juda muhim tafsilotlar bilan) takomillashtirish va to'ldirishga imkon beradigan yangi usullar paydo bo'lmoqda.



Rasm-12. Rene Laenneck bemor ko'rigida.

BEMOR BILAN TANISHUV.

Bemor bilan tanishishni familiyasi, ismi va otasining ismini (bemor bilan muloqot qilishda foydalanilishi lozim), yoshini, kasbini va ish joyini bilib boshlash kerak. Tabiiyki, bemor-shifokoryoki uzoq vaqt kasal bo'lgan va tibbiy ma'lumotlarga qiziqqan bemor bilan muloqot muayyan xususiyatlarga ega; ular bilan suhbat, shuningdek, o'tmishdagi tekshiruvning turli xil tafsilotlari haqida bemorning olingan ma'lumotlarga munosabatini aniqlashtirish bilan o'tishi mumkin, bu kasallikning ichki ko'rinishini baholashga (xususan, bemorning uning o'zi bergan bahosi vaziyat va vaziyatning og'irligi) imkon beradi. Bunday holda, nafaqat ularning dozalari bilan o'ziga xos dori-darmonlarni, balki terapiyaning ta'sirini ham aniqlashtirish kerak. Oldingi tekshiruv davomida olingan ma'lumotlar (shifoxonalar, poliklinika) juda muhimdir, shuning uchun har doim tibbiy ma'lumotlardan mavjud bo'lgan ko'chirmalarga murojaat qilish kerak. Shuni yodda tutish kerakki, tibbiy ma'lumotlarga ega bo'lmagan odamlar tomonidan maxsus tibbiy adabiyotlar tobora ko'proq o'qiladi va ommaviy tibbiy ma'lumotlar

matbuotda doimiy ravishda paydo bo'lib, bu ko'plab bemorlarga har doim ham to'g'ri bo'lmasa ham, ushbu sohaga juda yo'naltirilgan bo'lishiga imkon beradi.

Bemorni tekshirishga kirishishdan oldin shifokor o'zi uchun ham, bemor uchun ham maqbul sharoitlarni yaratishi kerak (masalan, bemor noqulay ahvolda bo'lmasligi kerak, u haddan tashqari va uzoq muddat ta'sir qilishdan saqlanishi kerak); bundan tashqari, suhbat va tekshiruvga hech narsa xalaqit bermasligiga ishonch hosil qilishingiz kerak.

Tekshirishning tartibi va to'liqligi

Bemorni tekshirishda mavjud bo'lgan yondashuvlar shifokorning ma'lum bir ketma-ketlikda bemorni to'liq o'rganish mahoratini rivojlantirishga qaratilgan. Ular "umumiydan o'zigaxosgacha" va "oddiydan murakkabga" tamoyillariga asoslanadi.

- "Umumiydan o'zigaxosgacha" tamoyili. Bemorni umumiy tekshiruvi, shu jumladan ong holatini, bemorning holatini, fizik holatini (konstitutsiya), yuz ifodasini, tana haroratini, antropometrik ma'lumotlarni aniqlash lozim. Ayrim tizimlar va a'zolari tekshirish xususiy hisoblanadi.

- "Oddiyroqdan murakkabgacha" tamoyili. Har bir tizimni o'rganayotganda shifokor avval oddiyroq fizikal usullarni - so'rab-surishtirish, tekshirishni, so'ngra murakkabroq usullarni - palpatsiya, perkussiya, eshitish (auskultatsiya) usullarini qo'llaydi. Albatta, tadqiqot usullarining soddaligi va murakkabligi juda nisbiy. Shunga qaramay, ko'pincha nafas olish tizimini tekshirish paytida shifokor qo'shimcha savollar beradi, masalan, burundan qon ketishi va ovqat hazm qilish tizimini tekshirishda—yutish qiyinligi yoki ovqatni qizilo'ngach (suyuq va qattiq) orqali o'tishi va boshqalar.

Bemorni o'rganish teridan va shilliq pardalardan, so'ngrateriostiyog' to'qimasidan, limfatugunlaridan, mushak-skeletidan (bo'g'inlar, suyaklar, mushaklar) boshlanadi. Shundan so'ng nafas olish, qon aylanish, ovqat hazm qilish, gepatobiliar, siydik, endokrin, asab va sezgir tizimlar tekshiriladi. Bundan tashqari, har bir organ yoki tizim ma'lum bir ketma-ketlikda o'rganiladi.

- Limfa tugunlari oksipital qismdan boshlab, so'ngra submandibular, servikal, supraklavikulyar, aksillar, ulnar va nihoyat inguinal tekshiriladi.

- Nafas olish tizimini tekshirish burun yo'llari, paranasal sinuslar, girtlaklardan boshlanadi, ketma-ket pastki nafas yo'llari va o'pkaning o'zi baholanadi.

- Ovqat hazm qilish tizimi og'iz bo'shlig'idan (shu jumladan til, tishlar, bodomsimon bezlar), so'ngra qizilo'ngach, oshqozon, ingichka va yo'g'on ichak tekshiriladi.

Ko'pincha, surunkali kasalliklarga chalingan bemorlarda, kasallikning oldingi holatlaridan olingan ma'lumotlarni aniqlash va o'rganish paytida allaqachon taxmin qilish mumkin. Biroq, bemorni fizikal, shuningdek laboratoriya va / yoki instrumental tadqiqot usullari yordamida tekshirish ko'pincha hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Diagnostik jarayon

Amaliy faoliyat jarayonida shifokor o'zi uchun qulay bo'lgan ma'lum bir tizimni yaratadi. Shuning uchun diagnostika strategiyasi va taktikasining asosiy yondashuvlarining universalligi haqida gapirish juda qiyin, ammo ba'zi bir umumiy fikrlar mavjud klinisistlar tomonidan keng qo'llaniladi. Shubhasiz printsip: inson kasalliklarini tashxislashda eng muhim o'rin hali ham birinchi navbatda klassik usullarga asoslangan klinik tekshiruvga ega. Shunga qaramay, bir qator qo'shimcha va maxsus tadqiqot usullari (laboratoriya, radiologik, ultratovush, morfologik va boshqalar) yordamida u yoki bu organdagi o'zgarishlarning xususiyatlarini aniqlashtirish, ularning lokalizatsiyasini aniqroq aniqlash mumkin (koronar angiografiya yordamida koronar arteriya stenozining o'rni va boshqalar) va hatto morfogenetik o'zgarishlarni o'rnatadi (a'zolar biopsiyasidan olingan to'qimalarni o'rganishning turli usullari). Yakuniy tashxis - olingan barcha natijalarni diqqat bilan taqqoslash natijasidir.

So'roq va fizikal tekshiruvning tushunchasi

Birinchi lahzadan boshlab - bemor bilan tanishish va unga savollar berish paytidan boshlab, shifokor o'zi uchun paydo bo'lgan muammolar yoki diagnostik taxminlarni shakllantirish va ularni hal qilish yo'llarini belgilab, keladigan ma'lumotlarni o'ylab ko'rishni boshlaydi. Ba'zi hollarda diagnostik taxmin bemorga birinchi qarashda allaqachon paydo bo'ladi.

- Masalan, ankilozlovchi spondiloartrit (ankilozlovchi spondilit) natijasida umurtqa pog'onasining qattiq deformatsiyasi bilan bemorlar "iltijo holati" bilan ajralib turadi.



Rasm-13. Ankilozlovchi spondilitda "so'rovchining pozitsiyasi".

Magistral fleksiya holatida o'rnatiladi, bosh tushiriladi - ankilozlovchi spondilitning xarakterli namoyon bo'lishi.

- Shifokor sariqlikni, siyanozni, shishlarni, majburiy holatni, yuzning assimetriyasini, nutqning noaniqligini yoki boshqa xususiyatlarini darhol aniqlay oladi, bemorning faolligini baholaydi, bu darhol diagnostika qidiruvini ma'lum bir kanalga yo'naltiradi.

- Kiyim-kechakdagi beparvolik yoki beparvolik, o'zini tutish (xavotir, befarqlik) sizga bemorning shaxsiyati va ko'pincha kasallik ta'sirida o'zgarishi to'g'risida tasavvurga ega bo'lishga imkon beradi.

- Yuz ifodasi yoqimsiz yoki og'riqli hislarni aks ettirishi mumkin (og'riq, xavotir), masalan, yuz ifodalarining etishmasligi (befarq yuz) chuqur tushkunlik yoki komada bo'lishi mumkin. Boshqa hollarda, ba'zida ma'lum bir klinik simptom, sindrom yoki hatto kasallik haqida taxmin paydo bo'ladi. Shikoyatlar aniqlangan paytdan boshlab anamnezni o'rganayotganda o'ylaydi. Masalan, fizikal mashqlar tufayli og'irlashgan nafas qisilishi haqidagi birinchi shikoyat yurak etishmovchiligi (va shunga ko'ra yurak kasalligi) yoki surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (O'SOK) haqida o'ylashga undashi kerak. Ushbu alomatni baholashda unga hamroh bo'lgan shikoyatlar darhol yordam berishi mumkin. Shunday qilib, takroriy qo'zishda uzoq davom etgan yo'tal, shifokorni o'pka kasalligi g'oyasiga yaqinlashtiradi. Shu bilan birga, yurakdagi uzoq muddatli og'riq, ayniqsa sternum orqasida, deyarli barcha bemorlar yaxshi

biladigan miokard infarkti haqida ma'lumot yurak xastaligi va ehtimol koronar arteriya kasalligi yurak etishmovchiligi haqida o'ylashga imkon beradi. Shunga qaramay, etarli darajada sababsiz sog'lig'i haqida qayg'uradigan o'qimagan odamda nafas qisilishi paydo bo'lishi mumkin, ya'ni, jiddiy o'pka va yurak kasalliklari bo'lmagan taqdirda, bu ba'zan faqat maxsus maqsadga muvofiq tekshiruv bilan isbotlanishi mumkin.

Bemorni bunday umumiy baholash juda muhimdir, ammo aksariyat hollarda ma'lum bir alomatni aniqlash va to'g'ri tashxisga faqat kasallik paydo bo'lganligi (yoki qo'shimcha tekshiruv usullari bilan). Shu nuqtai nazardan, alomatlar alohida ahamiyatga ega bo'lib, ular bemorni dinamik kuzatuvning ma'lum bir bosqichida asta-sekin o'sib borishi sababli ularni aniqlash mumkin bo'ladi. Masalan, o'tkir gepatitda sariqlikning kechikishi, taloqning kattalashishi va o'tkir osti infeksiyon endokarditda aorta qopqog'i auskultatsiya nuqtasida diastolik shovqin paydo bo'lishi. Albatta, bemorni uzoq vaqt davomida kuzatishda baraban tayoqchasidagi barmoqlar (Gippokrat barmoqlar) kabi alomat paydo bo'lishi mumkin va bu alomatni aniqlash vaqti shifokorning tashqi ko'rinishini vizual ravishda baholash qobiliyatiga bog'liq emas. barmoqlar, lekin u umuman barmoqlarning ko'rinishiga e'tibor beradimi, ya'ni. u ushbu alomatni izlayaptimi. Zamonamizning taniqli kardiologi Pol Uayt yozganidek: "agar siz ularni aniq topmasangiz va izlamasangiz, unda hech qanday alomat yo'qligiga amin bo'lmaysiz."

Shunday qilib, ob'ektiv tadqiqotlar, qoida tariqasida, olingan ma'lumotlar va paydo bo'lgan taxminlar bilan bog'liq holda o'zgartiriladi.

- Shunday qilib, agar yosh odamda doimiy arterial gipertenziya aniqlansa, qon bosimini nafaqat ikki qo'lda, balki oyoqlarda ham o'lchash zarur.

- Agar o'pka emboliya (PE) qon tuflash borligida shubha qilingan bo'lsa va o'pkada infiltrat bo'lsa, tromboembolizmning mumkin bo'lgan sabablaridan biri sifatida oyoqlarning chuqur tomir tromboflebitini istisno qilish uchun ikkala oyoqning atrofini o'lchash kerak.

Aslida, qanday alomat muhokama qilinmasin, uning sababi va paydo bo'lish mexanizmi to'g'risida har doim bir nechta taxminlar mavjud. A'zolar va tizimlarni muntazam ravishda o'rganish, shuningdek, yangi muhim faktlarni olish, diagnostika g'oyasini konkretlashtirishga imkon beradi, ammo doimiy ravishda ob'ektivlikni, hukmlarning xolisligini, yangi faktlar va alomatni idrok etishga va taqqoslashda baholashga tayyorlikni saqlash juda muhimdir.

Xulosa qilib shuni qo'shimcha qilish kerakki, diagnostika jarayonining muvaffaqiyati shifokorning kasallik belgilarini (yoki kasalliklarni) qanchalik to'liq aniqlay olishiga va bu belgilar ma'lum bir bemorda nima uchun mavjudligini tushunishga bog'liq. Diagnostika kontseptsiyasi faqat darslikda, monografiyada, qo'llanmada o'qilgan yoki ma'ruzada bir marta eshitilgan narsalar asosida tuzilishi mumkinligiga ishonish xato bo'lar edi. Diagnostika kontseptsiyasi "Bemordan." ya'ni oxir-oqibat bemorning yotog'ida shakllanadi, Shifokorning o'ziga xos xususiyati bu kasallik alomatlarini aniqlash va shakllantirish, mantiqan to'g'ri xulosalar chiqarish va qoida tariqasida.

Simptomdan tashxisga qadar

Bemorni so'roq qilishda va uni tekshirishda shifokor ba'zi bir alomatlarni aniqlaydi, so'ngra ularga asoslanib, tashxis bo'yicha xulosaga keladi. Shunga qaramay, ko'p hollarda simptomlarning ko'pligi diagnostika jarayonini sezilarli darajada murakkablashtiradi. Simptomlarni tashxislash va tizimlashtirishni osonlashtirish uchun "sindrom" tushunchasi kiritildi.

Sindrom - bu umumiy patogenez bilan birlashtirilgan alomatlar to'plami. Asosiy va qo'shimcha tekshirish usullari yordamida olingan o'ziga xos alomatlar va belgilarga asoslanib, ma'lum bir organ tizimining kasalliklariga xos bo'lgan bir qator sindromlarni ajratish mumkin. Sindromlarni ajratish to'g'ri tashxis qo'yish yo'lidagi muhim qadamdir.

Ex juvantibus diagnostikasi (lotincha juvo - yordam berish, osonlashtirish, foydali bo'lish) - davolash natijalarini baholashga asoslangan tashxis.

Har xil kasalliklar ma'lum belgilar to'plamining birgalikda mavjudligi bilan tavsiflanadi. Shunday qilib, tashxis qo'yish jarayoni uch bosqichdan iborat:

- simptomlarni aniqlash;
- simptomlarni sindromlarga birlashtirish (patogenezning yagona mexanizmi);
- sindromlarning xarakterli kombinatsiyasi asosida aniq tashxis qo'yish (agar kerak bo'lsa, xuddi shu sindrom bilan namoyon bo'ladigan kasalliklarning differentsial diagnostikasini o'tkazish).

Tadqiqot usullari va klinik belgilarining o'ziga xosligi, sezgirligi va axborot mazmuni

Bemorni qo'shimcha tekshirishda foydalaniladigan usullarning sezgirligi, o'ziga xosligi va ma'lumot tarkibini hisobga olish kerak. Tadqiqot usulining o'ziga xosligi va sezgirligini foiz sifatida baholash uchun maxsus usullar ishlab chiqilgan.

Muayyan belgini aniqlash usulining sezgirligi - bu ishlatilgan tadqiqot usuli ma'lumotlariga ko'ra belgi bor bemorlar sonining nisbati va ushbu belgining haqiqiy mavjudligi bilan tekshirilgan bemorlar sonining nisbati (foizda ko'rsatilgan). Agar usul yoki test juda sezgir bo'lsa, unda u ushbu kasallikka chalingan bemorlarning ko'pchiligida patologiyani aniqlaydi (haqiqiy ijobiy natijalar) va faqat oz sonli bemorlarda noto'g'ri salbiy natijalar beriladi. Masalan, ishemiyani aniqlash uchun veloergometriyadan oldin va keyin EKG ko'rsatkichlarining sezgirligi, turli xil mualliflarning fikriga ko'ra, 50 dan 80% gacha, demak: fizical zo'riqish paytida yuz beradigan miokard ishemiyasi bilan kasallangan 100 bemorning orasidan, bu usul 50-80 kishida uning EKG belgilarini aniqlashga imkon beradi, qolganlari esa noto'g'ri salbiy natijalarga erishadilar. Belgilangan kasallikdagi belgi yoki alomatning sezgirligi ma'lum bir kasallikda simptom paydo bo'lishining chastotasini aks ettiruvchi ko'rsatkichdir.

- Muayyan belgini aniqlash usulining o'ziga xos xususiyati (u sog'lom odamlarni tekshirish asosida hisoblanadi) - tekshiruv o'tkazilgan sog'lom belgisi bo'lgan alomatlari bo'lmagan bemorlar (chindan ham salbiy natijalar) va sog'lom bemorlarning umumiy sonining nisbati (foizda ko'rsatilgan). Boshqacha qilib aytganda, o'ziga xoslik sog'lom odamlarda tadqiqot uslubining "xatolari" chastotasini aks ettiradi. Masalan, velosiped ergometriyasining o'ziga xosligi 80 dan 95% gacha, demak: haqiqatan ham mavjud bo'lmagan miokard ishemiyasi bo'lmagan 100 kasaldan 80-95 kishi veloergometriya paytida xarakterli belgilarga ega bo'lmaydi, qolgan 5-20 kishi esa noto'g'ri ijobiy natijaga ega bo'ladi. Belgilangan kasallik uchun symptom yoki symptomning o'ziga xos xususiyati ushbu kasallikka chalingan odamlarda bu symptomning qanchalik tez-tez paydo bo'lishini aks ettiruvchi ko'rsatkichdir.

- Tadqiqotning axborotlilikligi - bu usulni ma'lum bir patologiyada qo'llash natijasida olingan foydali ma'lumotlar miqdorini aks ettiradigan va shuning uchun har bir aniq holatda ushbu usulning qanchalik zarurligini baholashga imkon beradigan usulning miqdoriy bo'lmagan

xarakteristikasi. Masalan, ko'krak qafasining oddiy rentgenogrammasi angina pektoris tashxisi uchun ma'lumotli emas.

Ta'sirchanlik, o'ziga xoslik va ma'lumot tarkibiga oid qoidalar barcha tadqiqot usullariga, ham klinik, ham qo'shimcha ravishda qo'llaniladi, chunki aniqlangan patologik belgilarning aksariyati turli xil kasalliklarda aniqlanishi mumkin (o'ziga xoslik mutlaq emas!) Va ba'zi kasalliklarga xos bo'lgan ko'plab belgilar kasallikning kech bosqichi yoki ayrim bemorlarda umuman yo'q.

Muayyan kasallik uchun qat'iy patognomonik simptomlar juda kam uchraydi. Simptomlarning ayrim kombinatsiyasi ma'lum bir patologiya uchun aniqroq bo'lishi mumkin. Bir qator kasalliklarning diagnostik mezonlarini ishlab chiqishga urinishlar qilinmoqda, bu bir qator klinisistlarning fikriga ko'ra, belgilarning umumiyligi asosida aniq tashxis haqida gapirishga imkon beradi. Bunday diagnostika mezonlari qat'iy belgilangan sezgirlik va o'ziga xoslikka ega; ular umumiy klinik belgilarni ham, qo'shimcha tadqiqotlar yordamida olinganlarni ham o'z ichiga oladi va ta'kidlash juda muhim bo'lgan, ko'pincha qayta ko'rib chiqiladi. Masalan, SLE diagnostikasi bo'yicha qayta ko'rib chiqilgan Amerika revmatologik assotsiatsiyasi mezonlari sezgirligi va o'ziga xosligi 96% ni tashkil qiladi. Shunga qaramay, "kriterial tashxis" ni mutlaq deb hisoblash mumkin emas, ayniqsa, ma'lum bir bemorda aytib o'tilgan yondashuv ko'pincha kasallik ko'rinishlarining individual xususiyatlarini neytrallashtiradi.

Kasalliklarni tashxislashda ba'zida oltin standart deb ataladigan tushunchadan foydalaniladi, masalan, boshlang'ich sklerozli xolangit diagnostikasi uchun "oltin standart" - retrograd xolangiopankreatografiya. Har xil kasalliklarni tashxislashda juda sezgir tadqiqot usullaridan foydalanish (masalan, revmatoid omilni aniqlash, C-reaktiv oqsil konsentratsiyasi) juda muhimdir.

Kasallikning xarakterli belgilarini, shu jumladan qo'shimcha tadqiqot usullari (shu jumladan invaziv usullar) yordamida aniqlash mumkin. Ko'pincha, shifokor kasallikning deyarli barcha muhim ko'rinishlarini aniqlay oladi, bu esa to'g'ri tashxisga yaqinlashishga imkon beradi, ammo ba'zida rasmning to'liqligi va ravshanligi uchun "yakuniy teginish" kerak bo'ladi. Bunday "kalit" belgisi jinsi, yoshi, bemorning millati va boshqalar bo'lishi mumkin.

TIBBIY HUJJATLAR

Har xil tibbiy hujjatlarni tayyorlash shifokorning muhim vazifalaridan biridir. Bu, birinchi navbatda, bemor haqida ma'lumotni tizimlashtirish uchun, shuningdek ma'lumotning uzluksizligi uchun zarurdir, chunki bemor kamdan-kam hollarda bitta shifokor tomonidan davolanadi.

Ushbu ma'lumotlarning barchasini birlashtirgan asosiy hujjat anamnezdir (ilgari aytilganidek - "qayg'uli varaq").

Kasallik tarixi

Anamnez - bu kasalxonada har bir bemor uchun tuzilgan va kasallikning tashxisi, kechishi va natijalari, shuningdek bemorning kasalxonada bo'lganida ko'rilgan davolash va profilaktika choralari to'g'risidagi ma'lumotlarni ro'yxatdan o'tkazishga mo'ljallangan hujjat.

Tibbiyot tarixi bir nechta bo'limlardan iborat.

- Pasport qismi.
- Qabul bo'limi shifokori tekshiruvi ma'lumotlari.
- Bemor yotgan bo'lim shifokori tomonidan dastlabki tekshiruv.
- Kundalik yozuvlari.
- Mutaxassislarni tekshirish va konsultatsiya qilishning qo'shimcha usullari natijalari.
- Epikriz (bosqich va ajralish).

Bundan tashqari, kasallik tarixining grafik tasviri kasallik tarixiga kiritilishi mumkin.

Kasallik rivojlanishining grafik tasviri

Bemorni dastlabki tekshiruvlar yozuvlari kasallik tarixi, hayot tarixi va boshqalarning juda muhim ma'lumotlarini o'z ichiga oladi.

Asosiy namoyishni tanlash anamnezning grafik dizaynida - kasallik tarixida ifodalanishi mumkin. Grafik shifokor tomonidan allaqachon tushunilgan ma'lumotlarni ko'rsatishi kerak (nafaqat individual alomatlar va sindromlarni) va kasallikning tabiati va rivojlanishini baholash uchun juda muhimdir. Bunday holda, namoyishlar dinamikasini aks ettirishga intilish kerak, ya'ni. ularning evolyutsiyasi, shu jumladan davolash ta'siri ostida. Shuningdek, kasallikning borishini nafaqat yillar bo'yicha, balki kerak bo'lganda oylar va hatto kunlar bilan yodda tutib, oxirgi kasalxonaga yotqizishni hisobga olgan holda, vaqt o'lchovini hisobga olish muhimdir. Grafik shuningdek, bemorni bitta tekshiruvdan

o'tkazishning eng muhim natijalarini aks ettiradi: masalan, angiografiya, ultratovush tekshiruv, endoskopiya ma'lumotlari. O'ng tomondagi pastki bo'llak pnevmoniyasida kasallikning grafik ko'rinishiga misol

Kundalik

Kundaliklarda, avvalambor, shikoyatlar va a'zolardagi o'zgarishlarning dinamikasi aks ettirilishi, agar iloji bo'lsa, "yaxshilandi", "kamaydi", "ko'paydi", "paydo bo'ldi", "g'oyib bo'ldi", "o'sdi" kabi so'zlarni ishlatish kerak. Kundalikda anamnezga qo'shimchalar, kasallikning ichki surati haqidagi shifokorning taassurotlari, kasallikning borishi va uning o'zgarishiga ta'sir etuvchi ehtimoliy omillar, davolanishga bag'rikenglik, dorilarning samaradorligi va nojo'ya ta'siri to'g'risida xulosa bo'lishi mumkin.

Harorat varaqasi

Kundalik yozuvlar bilan bir vaqtning o'zida bajarilishi kerak bo'lgan harorat varag'ini aniq tuzish juda muhimdir. Harorat varag'ida, odatda, ertalab va kechqurun tana haroratini belgilaydigan harorat egri chizig'idan tashqari, tomir urishi qizil rang bilan belgilanadi va agar kerak bo'lsa, nafas olish tezligi, qon bosimi ko'rsatkichlari, kunlik siydik chiqarish miqdori va kuniga olingan suyuqlik (kunlik suyuqlik balansi), najas chastotasi va tana vazni qayd etiladi. Bundan tashqari, ular kasallikning eng xarakterli va dinamik belgilariga (shish, qon ketish, terida toshmalar va boshqalar mavjudligi) va asosiy maqsadlarga dosh beradilar. Asosiy davolashning kasallikning namoyon bo'lishiga ta'sirini ko'rsatish ayniqsa muhimdir.

Davolash varaqasi

Ushbu bo'limda shifokor barcha tibbiy va boshqa retseptlarni ko'rsatadi.

Epikriz

Bosqich epikrizisi. Bemorning ahvoli dinamikasi vaqti-vaqti bilan (7-10 kun ichida 1 marta) bosqichli epikrizda baholanadi, bu erda kelajakdagi tadqiqotlar va davolashdagi o'zgarishlar ham rejalashtirilgan.

• **Chiqarish epikrizisi.** Bemorning kasalxonada qolish natijalariga ko'ra, tashxisni, anamnezning qisqa ma'lumotlarini, bemorni tekshirish va tekshirishni aks ettiradigan (asosan patologik namoyishlar yoki

differentzial diagnostika uchun muhim ma'lumotlar) aks ettirilgan xulosalar tuziladi. Davolash, bemorning ahvoli dinamikasi, terapevtik va profilaktika choralari bo'yicha tavsiyalar va mehnat qobiliyati.

Tashxisni qisqacha asoslash va diagnostika qiyinligi va klinik kuzatuv xususiyatlariga oid ko'rsatmalarga alohida ahamiyat beriladi. Masalan, quyida koronar arteriya kasalligi bo'lgan bemorga nisbatan bunday asoslashning bir varianti keltirilgan.

«Diagnostika ba'zi qiyinchiliklarni keltirib chiqardi. Yurak sohasidagi og'riq angina pektorisiga juda xos bo'lmagan va shunga o'xshash kardialgiyalar. Shu bilan birga, ateroskleroz uchun xavf omillari (arterial gipertenziya, giperkolesterolemiya, chekish, ortiqcha vazn), ijobiy veloergometrik test va nitratlar bilan davolanishning yaxshi ta'siri yurak tomirlari kasalligi haqida o'ylashga imkon beradi. Qon aylanishining etishmovchiligi belgilari yo'q. Bemorga takroriy mashqlar sinovlari fonida EKG nazorati bilan dinamik kuzatuv zarur; shuningdek, qon bosimi va qon lipidlari darajasini nazorat qilish kerak. Kasalxonada buyurilgan gipotenziv dorilarni ambulatoriya sharoitida uzoq muddat qabul qilish tavsiya etiladi. Bemor dizayner sifatida o'z ixtisosligi bo'yicha ishlashi mumkin. »

Chiqish haqida xulosa chiqarayotganda, shifokor o'z tavsiyalarini bemorga batafsil tushuntirib berishi kerak.

DOKTOR VA BEMORNING MUNOSABATI

Deontologiya

Tibbiy deontologiya (yunoncha *deon*, *deonsos* - tegishli, to'g'ri; *logos* - ta'limot) shifokor va bemor o'rtasidagi munosabatlar muammolarini o'rganishga bag'ishlangan - bu tibbiy xodimning axloqiy me'yorlari va xatti-harakatlari tamoyili ijro etishlarning kasbiy vazifalari. Shifokor faoliyatida deontologiyaga bo'lgan ehtiyoj, avvalambor, shifokorning bemorga o'z harakati yoki so'zlari bilan zarar etkazish qobiliyatiga bog'liq, ya'ni. salbiy yatrogen reaksiyalarni keltirib chiqaradi.

Shifokor va bemor o'rtasidagi muloqot qo'rquv, asabiylashish, psixonevroz manbaiga aylanishi mumkinligi sababli, bemorning huzurida noto'g'ri talqin qilinishi yoki bemorni qo'rqitishi mumkin bo'lgan atamalar va iboralardan foydalanishdan qochish kerak. Bemorning psixologiyasini, uning intellektini va xabardorlik darajasini to'g'ri, etarli darajada baholash

muhimdir. Kasallikning ichki rasmini aniqlashtirish maqsadga muvofiqdir, ya'ni. bemorlarning o'zlarining ahvolini, vaziyatning og'irligini va kasallikning ayrim ko'rinishini o'zlari baholashlari. Ularning zo'ravonligini yoki buzilgan g'oyalarni ortiqcha baholagan holda, shifokor va bemor o'rtasida suhbatlashish, hatto psixoterapiya zarur.

Ba'zi mamlakatlarda shifokorlar bemorga kasallikning og'irligi, shu jumladan, qayg'uli prognoz haqida to'liq ma'lumot berishni maqsadga muvofiq deb hisoblashadi, bunda bemorga bir qator tayyorgarlik ko'rish zarurligi, xususan uning mulkini tasarruf etish va h.k. Hali ham, qoida tariqasida, bunday ma'lumotlar salbiy psixologik ta'sirga ega bo'lishi, halokat, ruhiy tushkunlik tuyg'usini keltirib chiqarishi mumkin. Shu sababli, bunday sensatsiyalarni keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan ma'lumotlar haqida xabar berish g'ayriinsoniydir. Qanday bo'lmasin, bemor qandaydir tarzda unga tahdid soladigan xavfni bilgan yoki taxmin qilgan bo'lsa ham, shifokor o'z e'tiborini iloji boricha vaziyatga optimistik qarashga, umid paydo bo'lishiga va kayfiyat. ko'tarilishga yordam beradigan faktlarga qaratishi kerak. Bunday hollarda shifokorga katta psixologik yuk tushadi: u bemorning ahvolini tushunib, uni tinchitishi, diqqatini xavotir, qo'rquv va h.k. Shifokorning pozitsiyasi, ayniqsa, bemor umidsiz bo'lganda qiyinlashadi. Zamonaviy shifokor, shuningdek, ming yillar ilgari, o'layotgan odamning yotog'ida, umidni qo'llab-quvvatlashi kerak, chunki "bemorga umid uyg'otishni biladigan eng yaxshi shifokor: ko'p hollarda bu eng samarali hisoblanadi tibbiyot" (С.П.Боткин).

Umuman olganda, davolanish jarayonini samarali boshqarish uchun shifokorning bemor bilan psixologik aloqasi juda muhimdir. Suhbat ohangini ochiqchasiga ibratli, maslahatchi bo'lmasligi kerak.

So'nggi tibbiy ma'lumotlar

Ratsional diagnostika izlash va etarli davolanishni o'tkazish uchun shifokor adabiy manbalar va amaliy tajribadan olingan etarlicha keng bilimga ega bo'lishi kerak, ular ham doimiy ravishda to'ldirilishi kerak. Ma'lumki, Qo'shma Shtatlarda o'rtacha har yili shifokor har yili 5 tagacha tibbiy jurnalni oladi, ularda ko'pincha yangi tadqiqot usullari (masalan, turli a'zolarning vizualizatsiyasini sezilarli darajada yaxshilash) yoki davolash bo'yicha mutlaqo yangi ma'lumotlar mavjud. Xususan, jumallarda bemorlarda umr ko'rish davomiyligini sezilarli darajada

oshiradigan va uning sifatini yaxshilaydigan dorilarni qo'llash mumkinligi to'g'risida yangi ma'lumotlar keltirilgan.

- Masalan, miokard infarktiga uchragan yoki angina pektorisidan aziyat chekayotgan deyarli barcha bemorlar trombositlar agregatsiyasini kamaytirish va qon tomirlari ichidagi tromblar hosil bo'lishining oldini olish vositasi sifatida atsetilsalitsil kislotasining oz miqdordagi dozasini doimiy ravishda qabul qilishlari aksiomatik bo'lib qoldi.

- Yana bir misol - yurak etishmovchiligi bo'lgan barcha bemorlarga doimiy ravishda AHF inhibitori dozasini to'g'ri qabul qilish zarurati. Ushbu preparatni qabul qilish zarurati ushbu guruhdan dori ichish paytida yurak etishmovchiligida umr ko'rish davomiyligi oshganligini isbotlagan ko'plab tadqiqotlar (o'n minglab bemorlarga) natijalari bilan belgilanadi.

- Barcha shifokorlar va bemorlar arterial gipertenziyasi bo'lgan bemorlar uchun tegishli antihipertenziv dorilarni yoki dori birikmalarini umr bo'yi qo'llash muhimligini bilishlari kerak. Shu sababli, hozirgi vaqtda arterial gipertenziyani faqat qon bosimi ko'tarilgan davrda davolash bo'yicha shifokorning tavsiyasini xato deb hisoblash kerak, chunki davolash terapiyasiz qon bosimi odatda tez ko'tariladi, bu ko'pincha bemor uchun sezilmaydi va doimiy arterial gipertenziya yurak-qon tomirlari (miokard infarkti, miya qon tomirlari, to'satdan yurak o'limi). Asosiy yo'nalishning natijalari

Nazorat ostidagi tadqiqotlar lipoprotein metabolizmi buzilgan bemorlarning aksariyat qismida, ayniqsa, boshqa xavf omillari (chekish, semirish, 2-toifa diabet, arterial gipertenziya) mavjudligida HMG-CoA reduktaza inhibitorlari (statinlari) yordamida faol antihiperlipidemik terapiya zarurligini ko'rsatadi. Profilaktika maqsadida statinlarni tayinlash ko'pincha birlamchi profilaktika chorasi sifatida, ya'ni yurak-qon tomir kasalliklarining klinik belgilari bo'lmagan hollarda oqlanadi.

Afsuski, xatolar mumkin, bu nafaqat shifokorning ma'lumoti etishmasligi (jurnallar, kitoblar, ilmiy tibbiyot jamiyatlari yig'ilishlarida qatnashishni talab qiladi) bilan emas, balki odatdagi beparvolik, mas'uliyatsizlik bilan ham bog'liq, bu hatto sud ishlarini olib borishi mumkin. Shu munosabat bilan, kasallik tarixidagi barcha yozuvlar iloji boricha to'g'ri bo'lishi juda muhimdir.

Bemorni tarbiyalashda shifokorning o'rni - shifokor va bemor o'rtasidagi "hamkorlik" (muvofiglik).

Bemorga uning kasalligi to'g'risida dolzarb ma'lumotlarni etkazib berishda shifokorning roli alohida ahamiyatga ega, ya'ni. G'arb

adabiyotida odatda "ta'lim" atamasi bilan belgilanadi

(Inglizcha - ta'lim, ma'rifat, trening). Ta'lim dasturlari deb ataladigan keng tarqalgan, ayniqsa chet ellarda (Evropa, AQSh, Kanada, Avstraliya va boshqalar), ularning maqsadlarini quyidagicha belgilash mumkin.

- Bemorning uning kasalligi to'g'risida xabardorligini oshirish.
- Shifokor tomonidan bemorni davolash va kuzatishni rag'batlantirishiga erishish va (boshqacha aytganda, bemorning davolanishga bo'lgan doimiy istagi), chunki ichki kasalliklar jarayonida o'rganilgan kasalliklarning aksariyati bemorga uzoq muddatli kundalik dori-darmonlarni qabul qilish, uning holatini nazorat qilish va o'z vaqtida shifokorga murojaat qilish uchun harakatlarni talab qiladi (rejalashtirilgan yoki vaziyat o'zgarganda).

Bunga qo'yidagilarni misol qilib keltirish mumkin: diabetes mellitus, bunda bemor:

1) dietaga qat'iy rioya qilishni o'rganish (shifokorning vazifasi - bu uchun zarur bo'lgan ma'lumotlarni taqdim etish);

2) fizik faoliyatni tartibga solishni va to'g'ri turmush tarzini o'rganish (bu erda shifokor bemorga buni qanday qilishni ham aytib berishi kerak);

3) har kuni gipoglikemik dorilarni qabul qilish, yoki shifokor tomonidan belgilangan dozalarda insulindan foydalanish (shifokorning vazifasi dorilar va ularning dozalarini tanlashdir);

4) qon glyukoza miqdorini tez-tez kuzatib borinsh - agar siz o'zingizning uyingizda va ko'pincha har kuni glyukometrغا ega bo'lsangiz, yoki sizda yo'q bo'lsa, kamida oyiga klinikaga tashrif buyuring yoki sog'lig'ingiz o'zgarishini sezsangiz;

5) muntazam ravishda shifokorga tashrif buyurish;

6) paydo bo'ladigan giper va gipoglikemiya epizodlarini tuzatish usullari va usullari haqida bilish.

BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI

Bemor va tibbiy adabiyotlar bilan doimo aloqada bo'lgan, kasallarni bir necha kun davomida boshidan chiqarmaydigan, kasallikning borishini kuzatib boradigan, uning eng kichik ko'rinishini ko'radigan va ularni to'g'ri baholaydigan, yetuk klinitsistyangi kasallik bilan uchrashuvni oldindan bilishga qodir.

E.M. Tapeev

"Ko'rishni o'rganing, eshitishni o'rganing, his qilishni o'rganing.

hidni o'rganing va bilingki, faqat amaliyot orqali mutaxassis bo'lishingiz mumkin".

Ser W. Osler

Ko'p sonli yangi tadqiqot usullari, birinchi navbatda, instrumental diagnostika usullari paydo bo'lishiga qaramay, fizikal usullardan foydalanishni ham, so'roq qilishni ham o'z ichiga oladigan bemorni klassik tekshirish, o'z ahamiyatini yo'qotmadi va tashxis qo'yish uchun asos bo'lib qolmoqda.

Zudlik bilan kelajakdagi shifokorga an'anaviy diagnostika usullarini e'tiborsiz qoldirmaslik haqida ogohlantirish kerak, chunki faqat bemorni tekshirish usullarining butun majmuasiga ega bo'lish, klinik ko'rinish va kasallik rivojlanishining asosiy qonunlarini yaxshi bilish asos bo'lishi mumkin. Uning asosini tor mutaxassis shakllantiradi, garchi hozirgi kunda, ayniqsa, yangi boshlagan shifokorlar orasida, osonroq yo'lni tanlash va tor mutaxassislikni tezda o'zlashtirish istagi paydo bo'lsa (masalan, exokardiyografiya).

So'rab surishtirish.

Maxsus tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, terapevtik bo'limlarda 80% hollarda tashxis allaqachon so'roq qilish bosqichida aniqlangan, undan bemorni tekshirish odatda boshlanadi. Suhbat davomida shifokor mumkin bo'lgan kasallik yoki klinik sindrom haqida taxminlarga ega bo'lishi kerak, bu esa keyingi so'roq va tekshiruvni yanada maqsadli qiladi. Quyida faqat so'roq qilish bo'yicha umumiy ma'lumotlar keltirilgan.

Bemorni so'roq qilish natijasi anamnezdir, shuning uchun ko'pincha "anamnezni yig'ish" atamasi "so'roq qilish" atamasining sinonimi sifatida ishlatiladi. Shunday qilib, anamnez (yunoncha anamnesis - xotira) - tibbiy ko'rik paytida sub'ektning o'zi va / yoki uni bilganlarni so'roq qilish yo'li bilan olingan ma'lumotlar to'plami.

Anamnezni o'rganish, umuman so'roq kabi, shunchaki savollar va ularga javoblarning ro'yxati emas. Shifokor va bemor o'rtasidagi suhbat uslubi psixologik muvofiqlikni belgilaydi, bu asosan pirovard maqsadni belgilaydi - bemorning ahvolini yumshatish.

Anamnez ma'lumotlari (shikoyatlar, mavjud kasallik anamnezi, ba'zida ba'zi bir hayot tarixi ma'lumotlari, shuningdek, eng muhim alomatlar, davolashning asosiy usullari) ularni grafik ko'rinishida taqdim etish orqali umumlashtirilishi kerak

Tarixiy ma'lumot

Savol berish muhim diagnostika usullaridan biri sifatida taniqli mahalliy klinisistlardan biri Grigoriy Antonovich Zaxaryin tomonidan asosiy diagnostika texnikasi darajasiga ko'tarilgan bo'lib, ushbu sohada ustuvorligi butun dunyoda tan olingan. G.A. ning frantsuzcha tarjimasini muqaddimasida. Zaxaryin, taniqli fransiyalik klinisisti Anri Yushar yozadi: "Ushbu usulning shuhrati va uning keng qo'llanilishi nafaqat soddaligi va izchilligi, bemorning tejamkorligi, balki ushbu usulning dastlabki o'zgarishlarni aniqlash uchun juda katta amaliyligi va xususiyati bilan bog'liq edi."

Kasallikning etiologiyasi, bemorni o'rab turgan atrof-muhitni to'liq o'rganish natijalari ko'p jihatdan bemor va uning qarindoshlari batafsil so'roq qilinishi tufayli aniqlanishi mumkin. Kasbiy omillar, turmush tarzi xususiyatlari, odatlari (masalan, choy yoki qahvaga qaramlik), fizikal faollik darajasi va hozirgi paytda, xuddi, ma'lum bir bemorda kasallikning mohiyatini tushunish uchun muhim bo'lgan shifokor tomonidan aniqlangan holatlarning majburiy ro'yxatiga kiritilgan.

So'rovning asosiy tarkibiy qismlari

Bemor bilan tanishish uning shaxsiy ma'lumotlari: familiyasi, ismi va otasining ismi, yoshi, kasbi, ish joyi ko'rsatilganidan boshlanadi. Shuningdek, millatni aniqlashtirish maqsadga muvofiqdir, chunki ba'zi kasalliklar ma'lum millat vakillarida ko'proq uchraydi.

So'rov qo'yidagi qismlardan ketma-ket shakllantiriladi.

- Shikoyatlar.
- Tibbiy anamnez (anamnesis morbi) - hozirgi kasallik tarixi.
- Bemor hayotining anamnezi (anamnez vitae).

Ko'pincha, bemorni yanada kuzatib borish va u bilan muloqot qilish jarayonida, ayniqsa tekshiruv natijalari bilan bog'liq holda, shuningdek, so'roq nafaqat bemorning his-tuyg'ulariga tegishli bo'lishi kerakligi sababli, so'roqqa qaytishingiz kerak (va takroriy ravishda). vaqt, shuningdek, o'tmishda sodir bo'lgan narsalar. Har bir bemor o'z his-tuyg'ularining tafsilotlarini aniq tasvirlay olmaydi, oldin sodir bo'lgan voqealarni eslay olmaydi, voqealar ketma-ketligini xotiradan tiklaydi, ularning o'zaro bog'liqligi, shuning uchun ham boshidanoq bemorning shaxsiyati va uning berilgan savollarga etarlicha javob berish qobiliyatini baholash kerak. .

Bemorning tarixini o'rganish maqsadlari:

- diagnostika uchun zarur bo'lgan ma'lumotlarni olish.
- Kasallikning ehtimoliy og'irligini baholash.
- Boshqa mumkin bo'lgan ma'lumot manbalarini aniqlash (qarindoshlar, boshqa shifokorlar va boshqalar).
- Bemor bilan ishonchli munosabatlarni o'rnatish.
- Bemorning shaxsiyati va uning kasallikka munosabatini baholash (kasallikning ichki surati).

Shikoyatlar

Bemor bilan suhbat shikoyatlarga oid savollar bilan boshlanadi. Quyida bemorga shifokorga murojaat qilishning eng tipik variantlari keltirilgan.

- Sizni nima tashvishga solmoqda?
- Sizni shifokorga yoki kasalxonaganima olib keladi?
- Sog'lig'ingizda qanday muammolar bor?

Bemorga ushbu masala bo'yicha o'zini o'zi uchun qulay shaklda ifoda etish imkoniyatini berish maqsadga muvofiqdir.

Shikoyatlarni batafsil ko'rib chiqish

Ko'pincha, uning sog'lig'iga e'tibor bermaslik yoki boshqa holatlar tufayli bemor barcha yoqimsiz, shu jumladan og'riqli his-tuyg'ulardan uzoqroq nomlaydi. Shuning uchun shifokor shikoyatlarni qo'shimcha savollar yordamida aniqlab berishi kerak, bunda bemorning shifokorga tashrifi oldidan davrga, tashrif sabablari va maqsadlariga alohida e'tibor beriladi. Quyida noqulaylik yoki noaniq noqulaylik shikoyatlarini batafsil bayon qilish misollari keltirilgan.

- Noqulaylik qaysi sohada paydo bo'ladi?
- Noxush tuyg'ular nima bilan bog'liq?
- predispozitsiya qiluvchi omillar bormi?
- Noxush tuyg'ularning dinamikasi qanday: ular ko'paydimi yoki kamaydimi?
- Qanday omillar kursga ta'sir qiladi, og'riqni yoki noqulaylikni kuchaytiradi yoki kamaytiradi?

Shikoyatlarni aniqlash bilan bir vaqtda shifokor bemorning shaxsiy xususiyatlarini, uning ruhiy holatini, shikoyatlarni bo'rttirish yoki minimallashtirish ehtimolligini baholashga harakat qilishi kerak.

Shuningdek, bemorning o'zi aytgan og'riqli namoyishlar - kasallikning ichki rasi elementlariga bo'lgan munosabatini aniqlashtirish kerak.

Asosiy va qo'shimcha shikoyatlarni tushunish

Shikoyatning ahamiyatini ko'pincha darhol baholash qiyin. Asosiy shikoyatlarni bemor uchun eng katta ahamiyatga ega bo'lgan (ya'ni eng sub'ektiv jihatdan ahamiyatli) shikoyatlar deb atash odat tusiga kiradi. Ko'pincha, yoqimsiz his-tuyg'ular, hatto juda keskin va hissiy jihatdan ifoda etilgan, to'g'ridan-to'g'ri asosiy kasallik bilan bog'liq emas. Biroq, odatiy holatlarda, ularning batafsil tavsiflari bilan asosiy shikoyatlar hal qiluvchi diagnostik ahamiyatga ega.

Bemor o'z shikoyatlari haqida gapirib bergandan so'ng, bemor nomlay olmagan (tasodifiy yoki qasddan) shikoyatlar to'g'risida faol so'roq qilishni boshlash kerak. Masalan, yuqori qon bosimi arterial gipertoniya ga moslashib ketgan bemorni bezovta qilmasligi mumkin. Shunga qaramay, bemor ko'p hollarda u uchun eng yuqori qon bosimi ko'rsatkichlari haqida tasavvurga ega. Kasallikning tez-tez ko'rinishlari borligi haqida savollar berishni unutmang: holsizlik, isitma, titroq, bosh og'rig'i, asabiylashish, ishtahaning buzilishi, tashnalik, vazn yo'qotish va boshqalar.

Tekshiruv vaqtida bemorlar o'zlarini sog'lom his qilishlari bilan hech qanday shikoyat qilishlari mumkin emas. Ular shifokorga olib boriladi, masalan, boshqalar tomonidan aniqlangan teri rangining o'zgarishi, masalan, sariqlik, o'pkaning rentgenogrammasidagi o'zgarishlar, siydikda oqsil yoki glyukoza paydo bo'lishi, dispanser paytida aniqlangan yoki "tasodifiy" tekshiruv.

Shifokor shikoyatlarni tahlil qilishi, tushunishi va kasallikning mohiyati to'g'risida aniq taxminlar qilishi kerak. Tarixni o'rganish va fizikal tekshiruv ushbu taxminlarni tasdiqlash yoki yangi xulosalar chiqarish uchun muhim qo'shimcha ma'lumotlarni beradi.

Og'riq eng ko'p uchraydigan shikoyat sifatida

Shikoyatlar orasida og'riqlar alohida o'rin tutadi. Agar og'riqdan shikoyat qilsangiz, quyidagi tafsilotlarga e'tibor berishingiz kerak.

- Og'riqni lokalizatsiya qilish.
- Mumkin bo'lgan xurujsimon og'riq va hujum davomiyligi.
- Vujudga kelish vaqti va sabablari.
- Og'riq intensivligi.
- Og'riqni kuchaytiradigan yoki engillashtiradigan omillar.

- *Irradiatsiya* - og'riqning tarqalishi. Og'riqni ma'lum bir organga funktsional yuk bilan bog'lash ayniqsa muhimdir. Shunday qilib, ishemik kelib chiqish stemumining (angina pektoris) orqasidagi og'riq yoki yurak soysidasida (kardialji) fizikal faoliyatni qo'zg'atuvchi ta'sirini va ularning dam olish paytida va nitrogliserinni qabul qilishdan keyin tezda pasayishini aniqlash muhimdir. Epigastral mintaqada og'riq paydo bo'lganda (oshqozon yarasi borligiga shubha), masalan, ovqatni iste'mol qilish bilan bog'liqligini aniqlab olish kerak, masalan, ovqatdan keyin 30 minutdan keyin yoki 1,5-2 soatdan keyin (ovqat hazim qilish jarayonining maksimal intensivligi paytida) yoki och qoringa va ovqatdan keyin ularning intensivligining pasayishi.

KASALLIK ANAMNEZI

Ushbu kasallikning rivojlanish tarixi (anamnez morbi) bemorning shikoyatlarini o'rganish bilan chambarchas bog'liq. Ushbu kasallik tarixini aniqlashga qo'yidagi fikrlarni oydinlashtirish yordam beradi.

- Kasallik boshlangan vaqt. "Qachondan beri o'zingizni kasal deb hisoblaysiz?" - Bu ko'pincha birinchi bo'lib beriladigan savol. Shifokor, bemorning yordami bilan kasallikning rivojlanishini dastlabki belgilar paydo bo'lishidan to hozirgi kungacha kuzatishga intilishi kerak.

- Qo'zish davri, ularning chastotasi.

- Bemorning fikriga ko'ra, kasallik yoki uning kuchayishiga sabab bo'lgan mumkin bo'lgan sabablar (avval yuqtirish, ovqatlanishdagi xatolar, quyosh nurlari, sovutish).

- Oldingi tekshiruv natijalari, shu jumladan tibbiy yozuvlar.

- Oldingi davolanish natijalari (shu jumladan kasallik tarixi), bemor ilgari qabul qilgan va hozirda olib borayotgan dorilar (ismlari, samarali dozalari, yon ta'siri, bag'rikenglik, allergik namoyishlar, terapiyaning ta'siri).

- Nogironlik borligi va uni tayinlash.

Ko'pincha, ayniqsa, noaniq tashxis qo'yish bilan, hozirgi kasallik tarixiga qaytish kerak, bu ba'zi hollarda hal qiluvchi bo'lishi mumkin bo'lgan yangi ma'lumotlarni olishga imkon beradi.

HAYOT ANAMNEZI

Hayot tarixi (anamnesis vitae) umumiy ma'lumotlarni o'z ichiga oladi: tug'ilgan joyi, ma'lumoti, o'tmishda va hozirgi zamonda yashash

joyi va sharoitlari, moddiy ta'minoti, oilaviy ahvoli; bundan tashqari, qiziqishlar, sevimli mashg'ulotlar, odatlar (birinchi navbatda zararli), dam olish va fizikal faollik darajasi to'g'risida ma'lumot olish kerak.

O'tmish kasalliklari

Faqat o'tmishdagi kasalliklar haqida emas, balki ularning kechishi haqida ham so'rash kerak. Bunday holda, hozirgi vaqtda bemor uchun muhim bo'lgan surunkali patologik jarayonlarni aniqlash mumkin, shuning uchun ular haqida ma'lumot bo'lishi kerak anamnezning boshqa bo'limiga o'tish - hozirgi kasallik tarixi (anamnez morbi). Operatsiyadan oldingi va keyingi davrlarda operatsiyalar, asoratlari to'g'risida alohida so'rashingiz kerak. Bemorning noodatli iqlimi va yashash sharoitlari bo'lgan mamlakatlarda (masalan, tropik mintaqalarda) bo'lish muddatlarini aniqlash kerak, bu parazitlar invazyalar ehtimoli bilan bog'liq.

Anamnezda o'tmishdagi kasalliklar va holatlarga oid qo'yidagi beshta savolga (ijobiy va salbiy) javoblar yozilishi kerak.

1. Allergiya bormi (ayniqsa, dorilarga)?

2. Sizda sil kasalligi aniqlanganmi?

3. Sizda gepatit tashxisi qo'yilganmi? (Agar bemor bu savolga salbiy javob bersa, avvalgi sariqlik to'g'risida so'rash kerak.) Agar bemor avvalgi gepatit ("sariqlik") haqidagi savolga javob bersa, yuqtirishning mumkin bo'lgan manbasini aniqlash kerak. Agar uni aniqlashning iloji bo'lmasa, ayniqsa yosh bemorlarda, preparatlarni parenteral yuborishni istisno qilish kerak.

4. Sizga qon quyilganmi, shu jumladan qon ketish, operatsiyalar va ularning asoratlari bilan bog'liqmi? (Bu gepatit B va C viruslarini yuqtirish nuqtai nazaridan muhimdir - bu nafaqat jigarga, balki boshqa ko'plab a'zolarga ham zarar etkazadi).

5. O'tmishda jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarga oid savolni ayniqsa noziklik bilan berish kerak, aks holda bemor o'tmishda venerologlarga murojaat qilgan bo'lsa ham salbiy javob berishi mumkin.

Irsiy tarix

Irsiy omillar kasallikning rivojlanishiga moyil bo'lishi mumkin. Ushbu moyillik qo'zg'atuvchi omillar rolini o'ynaydigan tashqi ta'sirlar ta'siri ostida amalga oshiriladi. Ota-onalar va yaqin qarindoshlarning

kasalliklari va o'lim sabablari to'g'risidagi ma'lumotlar diagnostika va ayniqsa prognoz uchun qimmatli bo'lishi mumkin. Masalan, otalardan birining nisbatan yoshligida koronar arteriya kasalligi yoki o'tkir qon tomir tomirlari (ACVE) tufayli kasalligi yoki o'lishi, shuningdek, qarindoshlarida quyidagi eng keng tarqalgan kasalliklarning mavjudligi muhim ahamiyatga ega.

- Arterial gipertenziya.
- Qandli diabet.
- Ishemiya rivojlanishi bilan qon tomirlarining aterosklerotik shikastlanishi (IHD, pastki ekstremitalarning ishemik shikastlanishi va h.k.; Bemorga qarindoshlaridagi lipidlar qonining ko'payishi haqida ham so'rash kerak).
- Alkogolizm, sil kasalligi.
- Ruhiy kasalliklar (shu jumladan, depressiv).
- Xatarli o'smalar (ichak, tuxumdon, o'pka saratoni). Kasallik o'zini faqat bir jinsdagi qarindoshlarida namoyon qilishi mumkin. Shunday qilib, faqat erkaklar gemofiliya bilan og'riydilar, ammo kasallik bobodan nevaraga faqat klinik jihatdan sog'lom qizi orqali yuqadi.

Kasbiy tarix

Kasbiy tarixni baholashda, avvalo, mumkin bo'lgan kasbiy xavf-xatarlarga, shuningdek, bemorda, shuningdek ushbu ishlab chiqarishning boshqa ishchilarida bo'lganlarga o'xshash klinik ko'rinishlarning mavjudligiga e'tibor qaratish lozim. Professional omillarga quyidagilar kiradi:

- changning inhalatsiyasi (tarkibida kremniy dioksidi, asbest va boshqalarni o'z ichiga olgan chang);
- qo'rg'oshin, simob, erituvchi bug'lar, uglerod oksidi, berilyum ta'sirida;
- vibratsiya;
- radiatsiya ta'sir qilishi;
- bemorlar odatda yaxshi biladigan boshqa kasb xavflari.

Bunday holda, himoya choralari mavjudligini, profilaktika choralari va davriy tibbiy ko'rikni amalga oshirilishini, ularning to'liqligi va natijalarini aniqlashtirish kerak.

Tarixdagi eng mashhur oilaviy gemofiliya kasalligi (kasallik X-ga bog'langan, resessiv sifatida meros bo'lib o'tgan) - ingliz qirolchasi

Viktoriya avlodlari orasida gemofiliya. Nikolay II (Podshoh Aleksandra Fedorovna) ga tegib, uning nabirasi (nuqsonli gen tashuvchisi) beshta bola tug'di. To'rt qizi sog'lom edi, yolg'iz o'g'li Tsarevich Aleksey esa yoshligidan gemofiliya bilan og'rigan.

Yomon odatlar va qaramliklar

Spirтли ichimliklarni iste'mol qilish, chekish va giyohvand moddalarni iste'mol qilishni tobora ko'proq jalb qilishni o'z ichiga olgan yomon odatlar deb ataladigan turmush tarzini baholash alohida ahamiyatga ega.

Chekish (chekishni boshlash yoshi, kuniga chekilgan sigaretalar soni) odatda bemorlar tomonidan juda aniq tavsiflanadi. Shu bilan birga, iste'mol qilingan spirтли ichimliklar miqdori ko'pincha past baholanadi va giyohvand moddalarni iste'mol qilish susayadi. Shu munosabat bilan siz bemorning qarindoshlari va do'stlaridan qo'shimcha ravishda so'rashingiz kerak.

Spirтли ichimliklarni suiiste'mol qilishni aniqlash uchun "markerlar" mavjudligiga e'tibor berish kerak (shu jumladan, bemorning ko'rinishini baholashda, "Spirтли ichimliklarni suiiste'mol qilish belgilari",) va to'rtta savolni o'z ichiga olgan maxsus psixologik test (CAGE anketasi) natijalari bo'yicha.

1. Ichkilikni kamaytirish kerakligini his qildingizmi?

2. Agar atrofingizdagi kimdir (do'stlaringiz, qarindoshlaringiz) sizga spirтли ichimliklarni iste'mol qilishni kamaytirish kerakligi haqida gapirishsa, sizni bezovta qildimi?

3. Hech qachon ichkilikbozlik bilan bog'liq aybdorlik tuyg'usini boshdan kechirganmisiz?

4. Ichish epizodidan keyin ertalab ichishni xohladingizmi? Sinovning sezgirligi va o'ziga xosligi bir oz kamroq.

Uch yoki to'rtta savolga ijobiy javob alkogolga qaramlikdan shubhalanishi mumkin.

Giyohvandlikni aniqlash uchun faqat anamnezni qabul qilish etarli emas.

Eng tez-tez uchraydigan in'ektsiya joylarini tekshirish ayniqsa muhimdir. Bundan tashqari, qahva yoki choyga qaramlikni unutmaslik kerak - ba'zi hollarda bemorlar oz miqdordagi suvda kofe yoki choyni haddan tashqari ko'p iste'mol qiladilar.

Reproduktiv tizimning funktsiyalari haqida ma'lumot

Ayollarga hayz davrining o'ziga xos xususiyatlari (hayz ko'rish

boshlanish vaqti, muntazamlilik, ko'plik, og'riq, davomiylik), homiladorlik jarayoni (soni, natijalari) va tug'ilish, hayz ko'rish to'xtagan vaqt - menopauza va uning holati haqida so'raladi. ("qizg'in chaqmoqlar", nevrozning namoyon bo'lishi). Ushbu topilmalar ba'zi alomatlarni, xususan yurak og'rig'ini (kardialgiya) tushuntirishda muhim ahamiyatga ega. Siz kontratseptsiya usullari, xususan og'iz kontratseptivlarini qo'llash haqida so'rashingiz kerak, chunki bu ma'lum

Bemorning psixologik holati

Bemorning psixologik holatini baholashda o'zini tutish uslubiga (letargiya yoki aksincha, hayajon, ko'p gapirish), bemorning har xil psixologik stresslarga, shu jumladan haqiqiy kasallikka bo'lgan munosabati - bu haddan tashqari qo'rquvni keltirib chiqaradimi yoki yo'qligiga e'tibor berish kerak. noqulay prognozdan qo'rqish yoki aksincha, vaziyatning og'irligini baholash mavjud emas, bu rejimning buzilishiga, noto'g'ri dori-darmonlarga yoki hatto uning bekor qilinishiga olib kelishi mumkin.

Bemor bilan psixologik ishonch muhitini yaratish bilan birga bemor bilan o'tkazilayotgan diagnostika va terapevtik tadbirlarning zaruriyati va ahamiyatiga ishonchini yaratib, bemor bilan eng samimiy suhbatga intilish maqsadga muvofiqdir.

Muayyan muammo - bu nazoratni ishonib topshirgan tibbiyot talabasi bilan bemorning munosabati. Qanday bo'lmasin, hatto qisqa uchrashuv ham tanishish bilan boshlanib, ismini va otasining ismini, bemor haqidagi asosiy ma'lumotlarni, uning shikoyatlarini, shuningdek (kamida qisqacha) va kasallik tarixini bilib oling. Keyin fizikal tekshiruvni, ba'zida u yoki bu organni tanlab o'tkazish kerak. Bemor talabada, undan kelib chiqadigan ba'zi bir noqulayliklarga qaramay, unga yordam berishga intilayotgan shifokorlardan birini ko'rishi kerak.

FIZIKAL TEKSHIRISH USULLARI TUSHUNCHASI

Bemorni so'roq qilish natijalarining juda katta, ba'zida hal qiluvchi ahamiyatiga qaramay - tadqiqotning dastlabki bosqichi, bu ko'pincha tashxisga yaqinlashishga, yoki oldindan xulosa qilishga imkon beradigan ma'lumot beradi zarar etkazish ehtimoli katta bo'lgan a'zolarning holatiga e'tibor, - shifokor fizikal tadqiqot usullaridan foydalanganda olingan ob'ektiv ma'lumotlarga ega bo'lishi kerak.

Fizikal tekshiruv usullari - bu shifokor faqat o'z hissiyotlarini ishlatadigan usullar.

Fizikal tekshiruv ko'pincha muhim diagnostik, prognostik va terapevtik ahamiyatga ega bo'lgan ma'lumotlarni beradi. Biroq, aytib o'tilganidek, ba'zi simptomlar faqat ular gumon qilingan paytda aniqlanishi mumkin. Bundan tashqari, bemorni faqat dinamik kuzatuv va tekshiruv natijasida diagnostika va boshqa muammolarni hal qilish mumkin bo'lgan holatlar ko'p uchraydi, chunki kasallikning keyingi bosqichida bir qator belgilar paydo bo'lishi mumkin. Davom etayotgan dori terapiyasi bilan bog'liq ayrim simptomlar ehtimolini hisobga olganingizga ishonch hosil qiling.

Fizikal tekshiruv usullari qo'yidagilarni o'z ichiga oladi:

- tekshirish;
- paypaslash (palpatsiya);
- perkussiya (perkussiya);
- eshitish (auskultatsiya).

Bemor behush holatda bo'lganida va anamnez ma'lumotlari deyarli mavjud bo'lmagan holatlar mumkin. Shu bilan birga, ayrim hollarda an'anaviy fizikal tadqiqotlar samarasiz bo'lib qolishi mumkin va asosiy ma'lumot ba'zi qo'shimcha tadqiqot usullaridan foydalanganda olinadi (masalan, qondagi glyukoza miqdorini aniqlash).

Anatomik sohalar

Fizikal usullar bilan o'rganayotganda a'zolarning holatini ko'rsatish yoki aniqlangan o'zgarishlarni lokalizatsiya qilish uchun ba'zi sun'iy ravishda ajratilgan nuqta va chiziqlardan, shuningdek tabiiy anatomik joylardan foydalanish maqsadga muvofiqdir.

Tabiiy anatomik sohalar

- O'mrov.
- qovurg'alar va qovurg'a yoylari.
- To'sh (tutqich, tanasi, xanjarsimon o'simta). To'sh tutqichining tanasi bilan tutashgan joyida kichik, old tomonga qaragan burchak (sternum burchagi) hosil bo'ladi. Bu anatomic belgi amalda juda muhim - sternum burchagi darajasida, ikkinchi qovurg'aning xaftaga qo'shilishi. Shunday qilib, ikkinchi interkostal bo'shliq (masalan, o'pka magistrali va aortaning klapanlarini eshitish uchun muhim bo'lgan maydon) darhol

sternumga uning burchagi darajasida bog'langan qovurg'a ostida joylashgan.

• VII bo'yin umurtqasining chiqadigan o'simtasidan hisoblash oson bo'lgan umurtqalarning spinous o'simtalari.

• Yelka kuraklari.

• Iliyak tepalari. Oldingi yuqori yonbosh umurtqa pog'onasi ayniqsa aniq seziladi.

• Pubikulyar birikmasi.

• To'sh tutqichi ustidagi bo'yin chuqurchasi.

• O'mrov usti va o'mrov osti chuqurchalari.

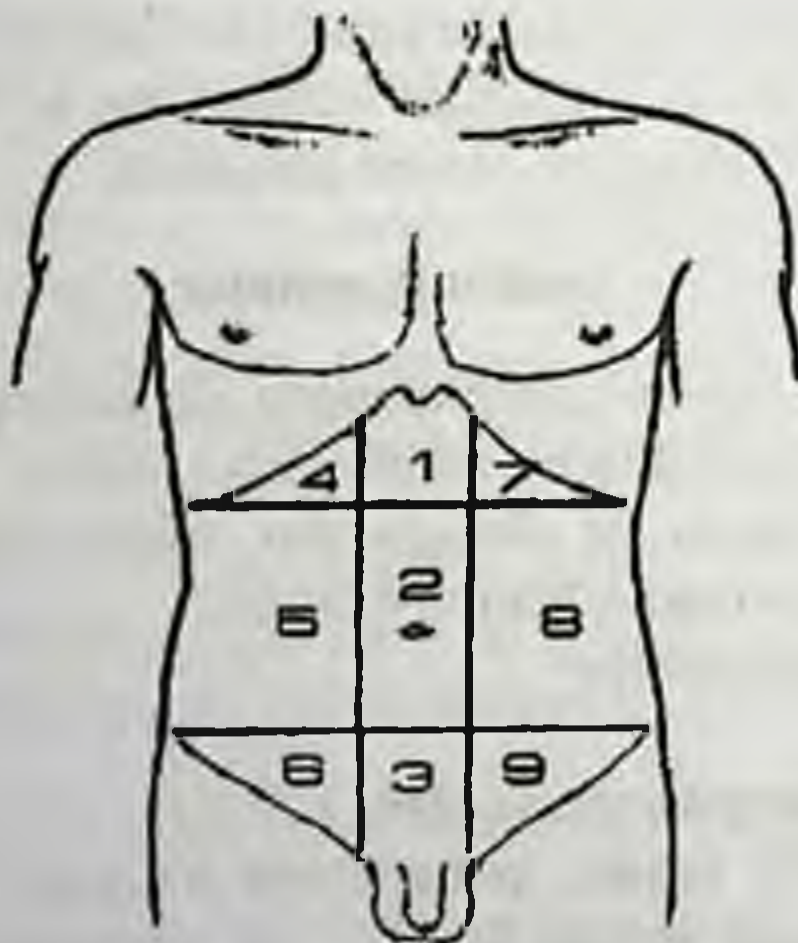
• Qo'ltiq osti chuqurchasi.

• Qobirgalararo bo'shliqlar.

Qorin old devorining sohasi

Qorin old devori uch qavatga ikkita gorizontal chiziq bilan bo'linadi - interkostal va interpinous – oshqozon sohasi (epigastrium), o'rta qismi (mezogastrium) va oshqozon osti (Gipogastrium).

• interkostal chiziq kosta kamarining pastki nuqtalarini birlashtiradi va III bel umurtqasining yuqori qirrasiga darajasiga to'g'ri keladi.



Rasm-14. Qorin old devorining sohalari. 1 - haqiqiy epigastral soha; 2 - kindik sohasi; 3 - pubik soha; 4 - o'ng qovurg'a yoyi osti; 5 - o'ng yonbosh sohasi; 6 - o'ng chov sohasi; 7 - chap qovurg'a yoyi osti; 8 - chap yonbosh sohasi; 9 - chap chov sohasi.

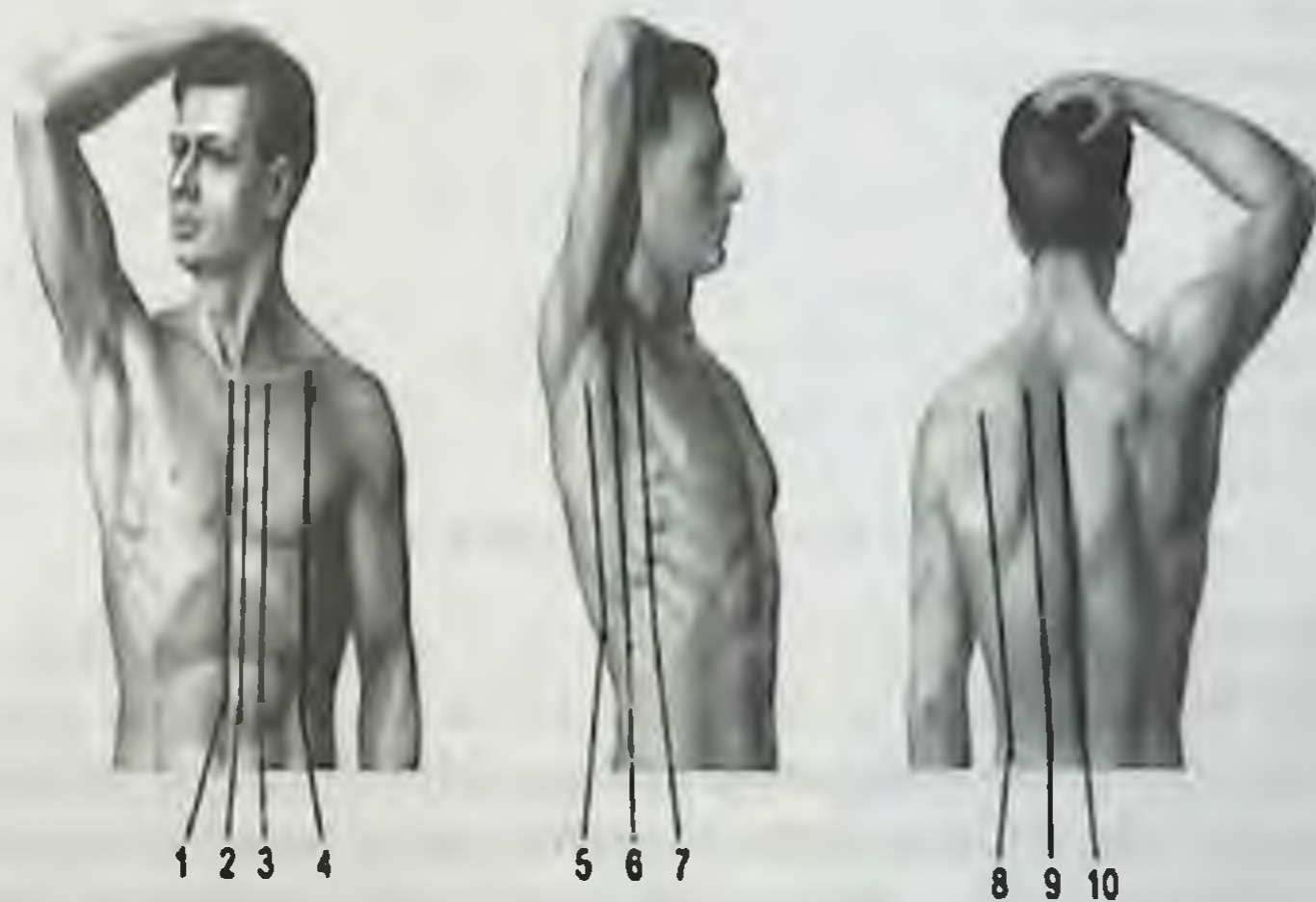
• Tarmoqlararo chiziq yuqorigi yonbosh suyak suyaklarini tutashtiradi va sakral umurtqaning II sohasiga to'g'ri keladi. Nomlangan uch qavatdan (maydonlardan) har biri o'z navbatida,

U qorin bo'shlig'i mushaklarining lateral qirralari bo'ylab chizilgan ikkita chiziq bilan uchta mintaqaga bo'linadi va shu bilan qorin old devorida to'qqizta mintaqa ajratiladi (Rasm-14).

Ko'krak qafasining shartli chiziqlari

Ko'krak qafasi a'zolarining ko'krak devoriga proektsiyasini belgilashda shartli vertikal chiziqlar qo'llaniladi (Rasm-15).

1. Old median chiziq (linea mediana anterior).
2. Sternal chiziq (linea sternalis) sternumning lateral qirralari bo'ylab joylashgan.



Rasm-15. Ko'krak devoridagi shartli chiziqlar.

- 1 - Oldingi o'rta chiziq; 2 - Sternal (sternal) chiziq; 3 - Parasternal (parasternal) chiziq; 4 - Mediaklavikulyar chiziq; 5 - Orqa aksillar chizig'i; 6 - O'rta aksillar chizig'i; 7 - Oldingi aksillar chizig'i; 8 - Skapular chiziq; 9 - Paravertebral chiziq; 10 - Orqa chiziq. (Sergienko V.I., Petrosyan E.A., Frauchi I.V. Topografik anatomiya va operativ jarrohlik.M.: GEOTAR-MED, 2001.)

3. Parasternal chiziq (linea parasternalis) sternal va mediaklavikulyar chiziqlar orasidagi masofaning o'rtasida o'tadi.

4. Mediaklavikulyar chiziq (linea medioclavicularis) klavikulaning o'rtasidan o'tadi. U har doim ham ko'krak chizig'iga to'g'ri kelmaydi (linea mamillaris).

5. Qo'ltiq osti chizig'i (linea axillaris anterior) qo'ltiqning oldingi chetidan o'tadi.

6. Qo'ltiqning o'rtasidan o'rta qo'ltiq chizig'i (linea axillaris media) o'tadi.

7. Qo'ltiqning orqa qirtasi bo'ylab orqa qo'ltiq chizig'i (linea axillaris posterior) o'tadi.

8. Yuqori oyoq tushirilganda skapula chizig'i (linea scapularis) skapulaning pastki burchagi orqali o'tadi.

9. Paravertebral chiziq (linea paravertebral) skapula chizig'i va ko'krak umurtqalarining spinous jarayonlari orasidagi masofaning o'rtasida ishlaydi.

Orqa median chiziq (linea mediana posterior) ko'krak umurtqalarining o'murtqa jarayonlari joylashishiga to'g'ri keladi.

Umumiy tekshirish

Umumiy tekshiruv mahalliy (birinchi navbatda teriga) qo'shiladi. Umumiy tekshiruv 3-bobda batafsil tavsiflangan. Tekshiruvdan so'ng (va u bilan bir vaqtda) palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya o'tkaziladi.

Paypaslash (palpatsiya)

Palpatsiya - bu tananing ma'lum bir qismini his qilish orqali diagnostika tadqiqotining usuli. Turli a'zolar va tizimlarni palpatsiya qilish o'ziga xos xususiyatlarga ega, ular tegishli bo'limlarda tasvirlangan. Palpatsiya paytida shifokor bemorni so'roq qilish va tekshirish paytida olingan ma'lumotlardan, shuningdek topografik anatomiya haqidagi bilimlaridan foydalanishi kerak.

A.Л. Мясников, har doim "... mantiqiy hukmni, palpatsiya, o'ylash, palpatsiya yordamiga chaqirish" zarur.

Samarali palpatsiya qilish uchun bemorga qo'yilgan maqsadga qarab qulay holatni olish zarur. Shifokorning mavqei ham qulay bo'lishi kerak. Agar shifokor bemorning to'shagining o'ng tomonida, unga qarab o'tirsa, maqbuldir. Tekshiruvchining qo'llari iliq, timoqlari kesilgan bo'lishi kerak. Palpatsiya paytida qo'lning butun palpatsiya yuzasi qatnashadi, garchi asosan palpatsiya harakatlari barmoqlar bilan amalga oshiriladi.

Qorin bo'shlig'ini sezganda, bemorning nafas olish harakatlaridan foydalanish muhimdir.

To'qillatish (perkussiya)

Perkussiya - bu ichki a'zolarni tekshirishda, bu paytida paydo bo'ladigan tovushlarning xususiyatini baholash bilan sub'ektning tanasi ustiga urishga asoslangan usul.



LEOPOLDI AUENBRUGGER

MEDICINAE DOCTOR
IN CAESARIS REGII BRUNNENSIS ACADEMIA
PUBLICA MEDICI ORDINARIUS

INVENTUM NOVUM

PERCUSSIONE THORACIS HUMANI
UT SIGNO

ABSTRUSOS INTERNI
PECTORIS MORBOS
DETEGENDI



VINDOBONAE,

1781 JOHANNES THOMAS TRATTNER, CAL. REG.
HABITUS, AULIC. TYPOGRAPHUS.

MDCCCLXXXI

Rasm-16. Leopold Auenbrugger va uning risolasi

Perkussiya (to'qillatish) usuli Vena shifokori Leopold Auenbrugger tomonidan ishlab chiqilgan bo'lib, uning "Ko'krak qafasi ichida yashiringan kasalliklarni topish uchun odam ko'krak qafasining urilishidan foydalanishning yangi usuli" (1761) frantsuz tiliga tarjima qilingan. Napoleon I, Jan Korvisard, uning yordamida zarba usuli tezda kundalik tibbiyot amaliyotiga aylandi.

Inson tanasi zarb qilinganida, turli xil tovushlar paydo bo'ladi, ularning tabiati elastiklik, havo tarkibiga va pastki organdagi elastik to'qimalarga bog'liq.

To'g'ridan-to'g'ri va bilvosita perkussiyani farqlang. Ilgari vositachiligida perkussiya maxsus plessimetr (predmetning terisiga tekkizilgan plastinka) va bolg'a yordamida bajarilgan.



Rasm-17. Ko'krak qafasini bevosita perkussiya qilish.

Hozirgi vaqtda barmoq-barmoqli perkussiya eng keng qo'llaniladi. Chap qo'lning o'rta barmog'i plessimetr sifatida ishlatiladi. Barmoq qattiq, ammo bosimsiz, perkussiya qilingan joyga qo'llaniladi. Eshitish o'ng qo'lning o'rta barmog'i bilan amalga oshiriladi, u ozgina egilib, boshqa barmoqlarga tegmaydi; zarba plessimetr barmog'ining o'rta falanksiga qo'llaniladi (18-rasm). Bolg'a barmog'i bilan urish paytida harakat asosan metakarpofalangealda va tirsakda emas, balki o'ng qo'lning bilak bo'g'imida (ya'ni butun qo'lda) amalga oshiriladi.

Perkussiya paytida plessimetr barmog'i qo'shni barmoqlar bilan aloqa qilmaydi; u zarb qilingan yuzaga mahkam bosilgan. Falsafalararo bo'g'inlarga egilgan bolg'a barmog'i plessimetr barmog'ining o'rta falangasiga uriladi. Urish paytida "belanchak" harakati tirsak bo'g'imida emas (butun bilak bilan) va metakarpofalangealda emas, balki faqat bilak bo'g'imida (ya'ni butun qo'l bilan) amalga oshiriladi. (Manba: Vasilenko V.X., Grebenev A.L., Golochevskaya V.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi. M.: Tibbiyot, 1989; o'zgarishlar bilan.)

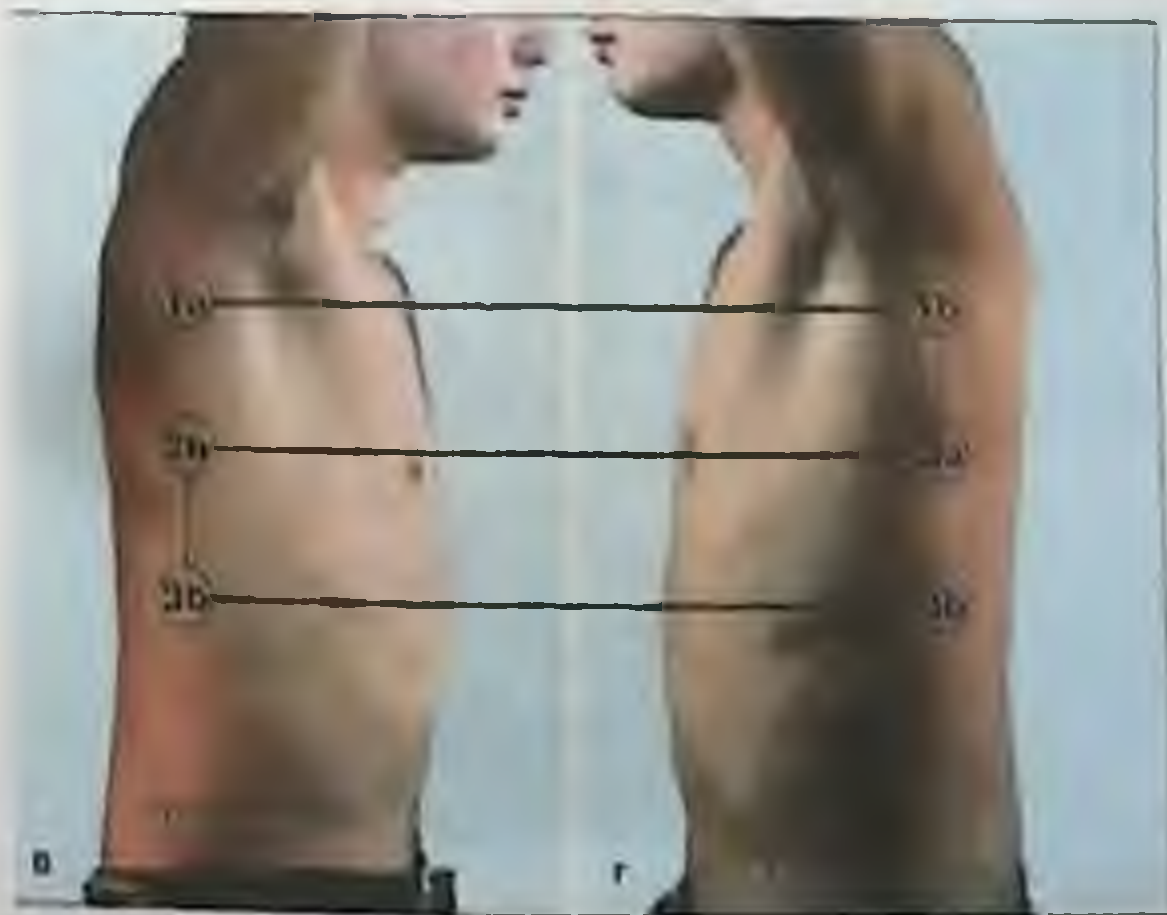
Zarba kuchi zarbning maqsadi va uslubiga bog'liq. Kuchli perkussiya chuqur, sustroq - yuzaki deb nomlanadi. Qachon zarba berganda, shifokor bu vaqtda paydo bo'ladigan tovushlarni tinglaydi, ularni taqqoslaydi va baholaydi, shunda asosiy a'zolarning holati va ularning chegaralari to'g'risida xulosa qilish mumkin.



Rasm-18. Perkussiya texnikasi.

Perkussiya qiyosiy va topografik xususiyatga ega.

- Qiyosiy perkussiya: tana yuzasining anatomik nosimmetrik sohalari orqali olingan tovushlarni taqqoslaydi (masalan, o'ng va chap o'pkaning perkussiyasi).
- Topografikperkussiya: ketma-ketperkussiya bilan (masalan, yuqoridan pastgacha yoki medialdan lateralgacha) har xil anatomic tuzilmalarning chegaralari tovush tabiatidagi o'zgarishlar bilan belgilanadi. Perkussiya ovozi variantlari.



Rasm-19. Ko'krak qafasini taqqoslama perkussiya qilish.



Rasm-20. Ko'krak qafasini topografik perkussiya qilish.

•Ovoz baland yoki aniq, perkussiya tovushi odatda ko'krak qafasining o'pka ustiga urilishi natijasida hosil bo'ladi (tovush nomi aniq o'pka). U o'pkaning havosi tufayli ham, elastik elementlarning ko'pligi tufayli ham hosil bo'ladi



Rasm-21. Ko'krak qafasini topografik perkussiya qilish.

• Timpanik tovush barabanni urish ovozigga o'xshaydi (yunoncha timpanon - baraban) va balandligi balandligi bilan ajralib turadi. U havoni o'z ichiga olgan silliq devorli bo'shliqlar va ichi bo'sh a'zolar (oshqozon, ichak) ustidan urish orqali olinadi.

• Qutidagi perkussiya ovozi baland va past sifatida tavsiflanadi; u bo'sh qutiga tegib chiqadigan tovushga o'xshaydi. Oddiy yostiqni zarb qilish orqali quti tovushining deyarli to'liq taqlid qilinishi olinadi. Qutili perkussiya tovushi o'pka emfizemasiga xosdir. Odatda, o'pkaning perkussiyasi bilan inson tanasi yuzasidan aniq o'pka tovushi, jigar, yurak va mushaklarning qalin qatlami perkussiyasi bilan sust, sokin tovush va qorin bo'shlig'I ustidagi timpanik tovush aniqlanadi (24-rasm).

O'pka tovushi o'pka, xalqum va paranasal sinuslar, timpanik tovush - deyarli butun qorin bo'ylab aniqlanadi. Jigar sohasi bundan mustasno, Tumtoqlashgan perkussiya ovozi eshitiladi, shuningdek yurak va taloq sohasida aniqlanadi. Femurali perkussiya tovushi mushak va yuzning nafas ololmaydigan sohalari ustida aniqlanadi. (Myasnikov A.L. Ichki kasalliklar propedevtikasi. M.: Medgiz, 1956.)



Rasm-24. Inson tanasining old yuzasini perkussiya qilish natijasida olingan perkussiya tovushi.

Eshitish (auskultatsiya)

Auskultatsiya - bu ichki a'zolarni ularning faoliyati bilan bog'liq bo'lgan tovush hodisalarini eshitishga asoslangan holda o'rganish usuli.

Auskultatsiya ma'nosi haqidagi zamonaviy g'oyalarning asoslarini taniqli fransuz shifokori Rene Teofile Hyacinth Laennec (1781-1826) ishlab chiqqan. Shu maqsadda 1816 yilda u taklif qildi

Laennekda bir kundan keyin paydo bo'lgan, ayolga to'g'ridan-to'g'ri auskultatsiya o'tkazishda qiyinchiliklarga duch kelgan maxsus qurilma - stetoskopni ishlatish uchun u daftarni olib trubkaga burab qo'ydi. U bemorning yuragiga suyanib, qulog'ini boshqa uchiga qo'ydi (25-rasm). Shu bilan birga, eshitilgan tovushlarning sifati sezilarli darajada yaxshilandi.



Rasm-25. Rene Laennec bemorni tinglayapti.

- Dastlab, auskultatsiya uchun stetoskop ikki uchida har xil shakldagi kengaytmali yog'och naycha bo'lgan. Hozirgi vaqtda qulayroq stetoskoplar paydo bo'ldi, unda elastik naychalar tovush o'tkazuvchi elementlar sifatida ishlatiladi va quloqlarga kiritish uchun maxsus uchlari bilan tugaydi (auskultatsiya ikkala quloq bilan ham amalga oshiriladi).

- Fonendoskop - stetoskop, uning uchi bemorning tanasiga tekkizilib, membrana bilan mahkamlanadi (odatda plastikdan yasalgan). Bu tovushni kuchaytiradigan kichik kamerani yaratadi.

- Hozirgi vaqtda stetoskop va fonendoskoplar keng qo'llanilib, stetoskop va fonendoskopni bir birlikka birlashtirgan; maxsus kalit yordamida siz stetoskop bilan ham, fonendoskop bilan ham auskultatsiya qilishingiz mumkin.

Stetofonendoskopga quyidagi talablar qo'yiladi:

- Ovoz qabul qiluvchi qismning yuqori sifatli ishlashi: "burrs" yo'q, devorlari silliq, fonendoskopda juda zich, ammo elastik membrana.

- Stetoskop va fonendoskop o'rtasida qulay o'tish mexanizmining mavjudligi.

- Ovoz o'tkazuvchi trubaning uzunligi 30-38 sm.

- Ovoz o'tkazuvchi trubaning juda qalin devorlari.

- Quloqlarga kiritish uchun qulay maslahatlar, elastik, shifokorning tashqi eshitish yo'lini mahkam yopib qo'yiladi. Tinglayotganda, xona tinch bo'lishi muhimdir. Stetoskop etarlicha mahkam qo'llanilishi kerak (stetoskopning butun qirrasini teriga yopishtirilgan bo'lishi uchun). Bunday holda, fonendoskopning sochlari bilan tana yuzasiga tegishi natijasida paydo bo'ladigan shovqin paydo bo'lishi ehtimolini hisobga olish kerak.



Rasm-26. Ko'krak qafasini auskultatsiya qilish.

Auskultatsiya o'pka, yurak, qon tomirlari va ichaklarni o'rganishda qo'llaniladi. Bunda tabiiy ravishda ularning ishlashi bilan bog'liq holda tovush tebranishlari paydo bo'ladi. Auskultativ rasmdagi o'zgarishlar, xususan, qo'shimcha tovushlarning paydo bo'lishi kasallik tashxisida hal qiluvchi (asosiy) ahamiyatga ega bo'lishi mumkin. Normaning variantlarini bilish muhimdir. Bundan tashqari, dinamik auskultatsiya va yangi tovush hodisalari paydo bo'lishidan muhim ma'lumotlarni olish mumkin.

Shuni yodda tutish kerakki, auskultatsiya bemorni so'roq qilish va tekshirgandan so'ng, shuningdek palpatsiya va perkussiya bilan o'tkaziladi. Bu esa tashxis qo'yish uchun muhim ma'lumot va kasallikning tabiati to'g'risida ba'zi taxminlarni beradi. Shu sababli, ushbu taxminlarni hisobga olgan holda auskultatsiya maqsadli ravishda amalga oshirilishi muhimdir.

Bemorning umumiy ahvoli to'g'risida tushuncha

Keng qamrovli o'rganish natijalariga ko'ra bemorning qoniqarli, o'rtacha yoki og'ir deb tavsiflangan umumiy ahvolini baholash mumkin. Shu bilan birga, ba'zida bemorning ahvoli qoniqarli yoki hatto yaxshi bo'lib qoladi, garchi uning umumiy ahvoli mo'tadil majburiy holati sifatida qabul qilinishi mumkin bo'lsa-da, masalan, EKGda (belgilar) miyokard infarktining o'tkir bosqichi, yoki qon testida (giperkalemiya) bo'lsa.

QO'SHIMCHA TADQIQOT USULLARI TUSHUNCHASI

Ushbu tadqiqot usullari bemorni so'roq qilish va fizikal tekshiruvini to'ldiradi.

Laboratoriya usullari

Umumiy qon va siydik tahlillari standart laboratoriya tekshiruvlaridir. Eritrotsitlar, leykotsitlar, ularning sifat va miqdoriy tarkibini aniqlash, eritrotsitlar cho'kish tezligi (EChT), gemoglobin miqdori va boshqa ba'zi ko'rsatkichlarni o'lchash muhimdir. Qon tanachalari (birinchi navbatda leykotsitlar) morfologik o'rganish, xususan, leykemiyaning tan olishda hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Qon plazmasi va zardobida ko'plab tadqiqotlar o'tkaziladi: biokimyoviy, immunologik, serologik va boshqalar. Ushbu ma'lumotlar boshqa, birinchi navbatda klinik ko'rinishlar bilan birgalikda, patologik

jarayonlarning borishi, ularning faolligining pasayishi yoki ko'payishini aks ettiradi.

Najas, orqa miya suyuqligi, plevra suyuqligini o'rganish diagnostikada o'z ahamiyatini saqlab qoladi. Bunday holda, barchani bakteriologik tekshirish muhim ahamiyatga egasanab o'tilgan biologik materiallardan, bu ko'pincha kasallikning etiologik omilini - tegishli mikroorganizmni aniqlashga imkon beradi. Me'da shirasi va o'n ikki barmoqli ichak tarkibini o'rganish hozirgi paytda unchalik ahamiyatga ega emas.

Instrumental usullar

Diagnostik testlar juda xilma-xildir. Ularning aksariyati invazivdir, bu esa tekshiruv xavfsizligi muammosini keltirib chiqaradi. Qanday bo'lmasin, o'tkazilgan tadqiqotning xavfi, olinadigan ma'lumotlarning ahamiyatidan oshmasligi kerak.

Turli a'zolarining rentgenologik tekshiruvi oshqozon-ichak trakti (o't pufagi, shu jumladan), buyrak, miya, skelet suyaklari, yurak kasalliklarini tashxislashda qo'llaniladi. Ko'p hollarda qarama-qarshilik tadqiqotning axborot mazmunini oshirish uchun ishlatiladi.

Aslida (oshqozon-ichak traktiga AOK yuborilgan bariy suspenziyasi va qon tomirlariga yuborilgan yod o'z ichiga olgan kontrast).

Magnit-rezonans tomografiya(MRT) - bu yadro magnit-rezonansi fenomeniga asoslangan usul bo'lib, bu inson tanasining "kesmalari" tasvirini KT ga qaraganda ko'proq tafsilotlar bilan olishga imkon beradi.

To'qimalarning biopsiyasi - bu patologik jarayonlardagi morfologik o'zgarishlarni (malignizatsiya mavjudligi va darajasi, ayniqsa yallig'lanish) baholashga imkon beradigan tadqiqot usuli. Morfologik tekshirish uchun materialni endoskopiya, aspiratsion biopsiya (igna bilan aspiratsiya natijasida olingan material), intsizion biopsiya (to'qima parchasini kesib olish yo'li bilan) olish mumkin; sternal ponksiya yoki trepanobiopsiya bilan suyak iligi xususiyatlari o'rganiladi. Bu qon kasalliklarini differentsial diagnostika qilishga imkon beradi.

UMUMIY TEKSHIRISH

Bemorni tekshirish qulay haroratli xonada, tabiiy yorug'lik yoki lyuminestsent lampalar bilan o'tkazilishi kerak. Shifokor bemorning oldida yoki biroz uning o'ng tomonida joylashgan. Umumiy tekshiruv

bemorning tik holatida amalga oshiriladi, ammo bemorning ahvoriga qarab, tananing horizontal holatida ham o'tkazish mumkin.

Bemorni umumiy ko'rik tartibi

Bemorning ahvoli qo'yidagicha bo'lishi mumkin:

- qoniqarli (kasallik bemorning hayotini cheklamaydi, u o'ziga xizmat qilishi mumkin),
- o'rtacha og'irlik (kasallik alomatlari bemorning ishlashini o'rtacha darajada cheklaydi, ba'zi bir harakatlarni amalga oshirishda unga begonalar yordami kerak bo'lishi mumkin),
- og'ir (funktional imkoniyatlar cheklangan, doimo tashqi yordamga muhtoj),
- o'ta og'ir (bemorga shoshilinch yordam, reanimatsiya choralari kerak).

Ong

Ong aniq, o'zgargan (zulm, hayajon). Ongni zulm qilishning quyidagi shakllari (stupor sopor, koma), shuningdek, qo'zg'alishning turli shakllari (deliryum, gallyutsinatsiyalar) mavjud. Eforiya holati o'zgargan ongning bir varianti sifatida ham ajralib turadi.

Stupor - bemor hayratda, sustkashlik bilan, savollarga kechikib javob beradi, vaziyat o'zgarishiga sekin javob beradi.

Sopor(uyquhanlik) - ongni aniq buzilishi, bemor atrof-muhitga ta'sir qilmaydi, faqat kuchli stimullarga, shu jumladan og'riqli ta'sirga ta'sir qiladi, reflekslar saqlanib qoladi.

Koma - bemor butunlay befarq, og'riq sezgirligi va reflekslari yo'q.

Ongni qo'zg'atish shakllari (deliryum va gallyutsinatsiyalar) ko'pincha asab-psixiatrik kasalliklarda uchraydi, lekin ko'pincha boshqa mutaxassislar shifokorlari ular bilan turli xil og'ir somatik patologiyalarda (yuqumli kasalliklar, miokard infarkti, qon tomirlari, og'ir intoksikatsiya) duch kelishlari kerak.

Deliryum- bu ob'ektiv ravishda yolg'on, mutlaqo tuzatilmagan hukm.

Gallyutsinatsiyalar eshitish, ko'rish, taktil bo'lishi mumkin.

Eyforiya- bu mamnuniyat, sokin baxt, tinchgina quvonch holati bilan ajralib turadigan og'riqli ko'tarilgan kayfiyatning bir shakli. Bu holat intoksikatsiyaning birinchi darajasida, giyohvand moddalarni iste'mol

qilishda, febril bemorda, miyokard infarkti bilan, shikastli shokdan keyin kuzatiladi.

Holat

Bemorning holati faol, majburiy, passiv bolishi mumkin.

- Bemorning fizikal faoliyati sezilarli darajada cheklanmagan bo'lsa ham, u biroz noqulayliklarga duch kelishi mumkin bo'lsa, faol holat aniqlanadi. Bu kasallikning engil yo'nalishi yoki og'ir kasallikning dastlabki bosqichida bo'lgan bemorlarga xosdir. Kasalxonalarda bu bemorlar "yuruvchilar" deb nomlanadi.

- Bemor sog'lig'ini va ahvolini yumshatish uchun *majburiy pozitsiyani* egallaydi (nafas qisilishi, og'riq va boshqalarni kamaytirish).

- *Passiv holat*ongni buzilgan bemorda, o'ta zaiflik holatida ozib ketgan bemorlarda kuzatiladi. Bunday holda, "tortishish kuchi ta'sirida bemorning boshi va oyoq-qo'llari osilib turadi, bemor harakatsiz, o'lik tananing ko'rinishiga o'xshaydi".

- *Faol* - bemor garchi u biroz noqulayliklarga duch kelishi mumkin bo'lsada o'zi yurishi mumkin.

Konstitutsiya turi.

Konstitutsiya turlari mavjud: astenik, normostenik, giperstenik (27-rasm). Konstitutsiya turini aniqlash uchun epigastral burchakni o'lchash kerak: bosh barmoqlarning kaft sathlari kosta kamarlariga mahkam bosilib, ularning uchlari xipoid sohaga to'g'ri keladi. Oyoqlarning uzunligi stadiometrda turgan va o'tirgan holatda o'lchanadi. Tibbiyotda bemorning umumiy tavsifi uchun qabul qilingan algoritm bo'yicha konstitutsiya turini aniqlash qulay: yuqoridan pastgacha, olddan orqaga, tashqaridan ichkariga. Tana modifikatsiyasining turli xil usullari (fitness, bodibilding, turli xil parhezlar va boshqalar) keng qo'llanilishini hisobga olib, konstitutsiyani tahlil qilishda tana qismlarining nisbati, oyoq-qo'llarining uzunligiga e'tibor qaratish lozim.

Astenik turi: cho'zilgan bosh suyagi (dolichocephalus); bo'yin nisbatan uzun; supra va subklavian fossa yaxshi ifodalangan; oyoqlarning uzunligi tananing uzunligidan oshib ketadi; qovurg'alar aniq qiya, interkostal bo'shliqlar keng; old-orqa va frontal ko'krak o'lchamlari nisbati 0,65 dan kam; epigastral burchak 90° dan kam. Tana go'yo yuqoriga qarab cho'zilgan. Balandligi ko'pincha o'rtacha ko'rsatkichdan yuqori.

Mushaklarning rivojlanish darajasi sub'ektning fizikal faolligiga bog'liq. Teri osti yog'ining odatda zaif rivojlanishi tufayli mushaklarning tuzilishi yaxshi konturlanadi.



Rasm-27. M.B. 'Gepiopyykyuü bo'yicha konstitutsional turlar: 1) astenik, 2) normostenik, 3) giperstenik, 4) astenikda hanjarsimon o'simta osti burchagi, 5) hanjarsimon o'simta osti burchagi

Giperstenik turi: ko'proq sharsimon bosh suyagi (braksefali); bo'yin nisbatan qisqa va qalin; supra va subklavian fossa yomon ifodalangan yoki hatto ko'rinmaydi; tananing uzunligi oyoq uzunligidan oshib ketadi; interkostal bo'shliqlar tor va qovurg'alarining yo'nalishi ko'proq gorizontaal; old-orqa va frontal ko'krak o'lchamlari nisbati 0,7 dan ortiq; epigastral burchak 90° dan katta. Tana go'yo kengroq. O'sish har qanday bo'lishi mumkin. Mushaklarning rivojlanish darajasi sub'ektning fizikal faolligiga bog'liq. Qoida tariqasida, hatto bunday fizikal sportchilarda ham teri osti yog 'yaxshi ifoda etilgan.

Normostenik turi: fizikal mutanosiblik, oyoq-qo'llar va magistral uzunligi uyg'un, old-orqa va frontal ko'krak o'lchamlari nisbati 0,65 dan 0,7 gacha. Supra va subklavian fossa o'rtacha darajada ifodalangan, magistral va oyoq-qo'l mushaklari etarlicha rivojlangan. Qovurg'alarining pozitsiyasi o'rtacha darajada egiluvchan, epigastral burchak 90 ga teng.

Yuz

Ko'pincha kasallikning xususiyatlari bemorning yuzida iz qoldiradi va unga o'ziga xos ko'rinish beradi (Gippokratning yuzi - o'layotgan bemorning yuzi; Korvizaning yuzi - og'ir yurak-qon tomir patologiyasi bilan og'rigan bemorning yuzi, facies nefritika - buyrak kasalligi bilan,

Species mitralis - revmatik yurak kasalligi bilan va boshqalar). Har xil turdagi patologiyalarda bemorning yuzining xususiyatlari darslikda batafsil tavsiflangan.

Teri qoplamlari

Tekshiruvda rang, tozaligi (toshma borligi yoki yo'qligi, qorishma pigmentatsiyasidagi mahalliy o'zgarishlar), chandiqlar va ko'rinadigan o'smalar mavjudligi, qorishma namligi, sochlar va tirnoqlarning holati baholanadi.

Oddiy teri rangi ko'plab omillar bilan belgilanadi - irqi va millati, bemorning jinsi va terining qalinligi. Rang o'zgarishsiz qolganda, "normal" yoki "o'zgarmagan" yoziladi. Agar mavjud bo'lsa, patologik rang o'zgarishlari tavsiflanadi: rangparlik, qizarish, siyanoz, sariqlik. Shu bilan birga, terining rangidagi o'zgarish umumiy va mahalliy bo'lishi mumkin (bu ham qayd etilgan). Rang o'zgarishlarining ustunligi ham ko'rsatiladi. Shuningdek, turli xil teri toshmali (vesikula, papula, pufakchalar, karbunkulalar va boshqalar) mavjudligi, ularning soni, joylashuvi baholanadi. Shuningdek, operatsiyalar, travma, kuyish, jarohatlardan keyin terida izlarning borligi, shakli, hajmi va holatini tavsiflash kerak.

Qoplamlarning namligi teginish bilan aniqlanadi. Shifokor bemorning kaftlari, ko'krakning old, yon va orqa yuzalari ustida qo'lning orqa qismini ushlab turadi, terining namligini baholaydi. Kuchli umumiy terlash bilan terning tomchilari ko'pincha bemorning tanasida, nam zig'irda ko'rinadi. Yuqori namlik ham mahalliy xarakterga ega bo'lishi mumkin (biz soha va maydonini ko'rsatamiz).

Teri turgorini qo'lning dorsumiga ikki barmog'ingiz bilan terining qatlamini olish bilan aniqlanadi (normal - agar terining burmasi tez kengaysa, pasaygan bo'lsa - buklanish bir muncha vaqt saqlanib qolsa (28-rasm) (suvsizlanish, qarilik yoshi).

Teri qo'shimchalariga tirnoqlar va sochlar kiradi. Ularning holatini aniqlashning asosiy usuli ingl. Sog'lom odamda tirnoqlar och pushti rangga ega, tiniqligi bor, xoch chizig'i yo'q, ular mo'rt emas. Soch chizig'ining holatini baholashda uning jinsi (soch o'sishi erkak, ayol yoki bola turi) va yoshi, fokal yo'qotish borligi aniqlanadi. Soch o'zgarishiga e'tibor bering - tuklanish darajasi, mo'rtlashishi, quruqligi, siyraklashishi, kipriklar, qoshlar, kirgan tuklar va hokazolarning erta yo'qolishi.



28- rasm. Teri turgorining pasayishi

Ko'rinadigan shilliq pardalar

Bularga og'iz, halqum, kon'yunktiva va skleraning shilliq pardalari kiradi. Asosiy tadqiqot usuli - bu tekshirish. Tekshiruv davomida ularning rangiga, namligiga, ulardagi patologik elementlarning mavjudligiga, qon tomir naqshini baholashga e'tibor berish kerak. Odatda, shilliq pardalar xira pushti rangga, etarli namlikka ega, ular patologik elementlarga ega emas. Qon tomir naqshlari keskin rivojlanmagan bo'ladi.

Og'iz bo'shlig'ini tekshirishda tishlarning holati baholanadi (ularning soni, protezlarning mavjudligi, kariyesli tishlar); tish milkholati (rang, blyashka, yarasi - aft, qon ketish), palatin bodomsimon bezlari (shakli, rangi, blyashka). Tilni tekshirishda uning o'lchamiga, rangiga, blyashka borligiga va papillar qatlamining rivojlanganligiga e'tibor beriladi. Sog'lom odamda til pushti va nam bo'ladi.

Teri osti yog 'to'qimasi

Avvalo, u vizual tarzda baholanadi: o'rtacha darajada rivojlangan, haddan tashqari, etarli darajada rivojlanmagan.

Keyin teri osti yog 'holatini o'rganish uchun normal ravishda teri katlamining qalinligidan foydalaniladi: qorin old-lateral yuzasida kindik sohasida - 2 sm, elkaning ichki yuzasida - 0,5 sm, ko'kragida midklavikulyar chiziq bo'ylab - 1 sm, son - 1 sm. Vrach terini teri osti to'qimasi bilan birga burmaga oladi va bu katlamning qalinligini

o'lchagich bilan o'lchaydi. Olingan natija 2 ga bo'linadi va shu erda terining qalinligi va teri osti yog 'tekshiriladi.

Tana massasi indeksini hisoblash. TMI - bu odanning massasi va uning balandligi o'rtasidagi yozishmalar darajasini baholashga va shu bilan massaning etarli emasligini, normal yoki haddan tashqari ekanligini bilvosita baholashga imkon beradigan qiymat. Tana massasi indeksi quyidagi formula bo'yicha hisoblanadi:

$$I = m/h^2 \text{ (kg/m}^2\text{)}$$

bu erda: m - kilogrammdagi tana vazni; h - balandligi metrda
Natija TMI jadvali bilan baholanadi.

Edema (shishlar) - qonning suyuq qismi kapillyar devori orqali o'tishi tufayli teri osti yog 'va to'qimalarida suyuqlik to'planishi. Yig'ilgan suyuqlik yallig'lanishli, allergik kelib chiqishi (ekssudat) bo'lishi mumkin yoki yurak, buyrak (transudat) kasalliklarida qonning turg'unligi, metabolizm buzilishi natijasida paydo bo'lishi mumkin. Tarqalishi jihatidan umumiy, mahalliy va yashirin shishlar ajralib turadi. Umumiy shish butun tanaga tarqalishi bilan tavsiflanadi (ko'pincha anasarca darajasiga etadi) yoki nosimmetrik sohalarda (yuz, pastki ekstremitalarda) paydo bo'ladi. Rivojlanishdarajasiga ko'ra quyidagi turlar ajratiladi:



Rasm-29. Tovondagi shishlar – barmoq bilan bosganda chuqurchalarva paypoq rezinkasidan izlar korinvoqda.

1. Pastoz (shishinqirashlar) - tekshiruvda aniqlanmaydigan engil shish, bosilganda esa deyarli sezilmaydigan chuqurcha aniqlanadi.

2. Ko'z bilan aniqlanadigan kuchli shish, terining shishishi, tarangligi va silliqdigi, shuningdek, tananing ushbu qismining tashqi konturining silliqdigi bilan tavsiflanadi. Bosilganda etarlicha chuqurcha aniqlanadi (29-rasm).

Yashirin shish deb ataladigan narsa haqiqiy shishning dastlabki bosqichlarida kuzatiladi, bu oraliq bo'shliqda 4-5 litrgacha suyuqlik sezilmaydigan tarzda to'planishi mumkin. Klinik jihatdan bu vaznning oshishi, siydik miqdorining pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Yashirin shish muntazam ravishda tortish, kunlik siydik miqdorini o'lchash va 1 litr bilan aniqlanadi

To'qimalarning "edematik tayyorgarligini" aniqlash uchun maxsus testlar (McClure-Aldrich testi). Shishlarni aniqlash usullari:

1. Tekshirish.

2. Palpatsiya.

3. Dinamik tortish (har kuni, ertalab najasdan keyin och qoringa yaxshiroq), xuddi shu kiyimda, xuddi shu tarozida). Biz vaznning dinamikasini kuzatamiz.

4. Suv balansini o'rganish (kuniga ichilgan suyuqlik miqdoridan ajratilgan miqdor olib tashlanadi). Odatda, chiqarilgan suyuqlik miqdori past bo'lgan miqdorning ~ 80% ni tashkil qiladi.

5. McClure-Oldrichning blister sinovi. Intradermal ravishda (!) 0,2 ml fiziologik eritma bilakning ichki yuzasi terisiga kiritiladi. Odatda, hosil bo'lgan pufakcha taxminan 40 daqiqada eriydi. To'qimalarning shishishi qanchalik baland bo'lsa, u tezroq eriydi. Aniq anasarca bilan pufakcha umuman bo'lmasligi mumkin. Suvsizlanish bilan pufakchanning rezorbsiya vaqti oshadi. Oyoqlarda mahalliy shish paydo bo'lgan taqdirda, shishgan oyoq atrofini o'lchash va uni nosimmetrik bilan taqqoslash mumkin.

Limfa tizimi

Limfa tugunlarini baholash tekshiruv yoki palpatsiya yo'li bilan amalga oshiriladi. Shu bilan birga, o'lchamlarga (sm hajmida yoki ma'lum o'lchamdagi narsalar bilan solishtirganda - no'xat va boshqalar), shakli, tutarliligi, harakatchanligi, og'riq va atrofdagi to'qimalar bilan birlashishga e'tibor beriladi. Palpatsiya uchun mavjud: oksipital, parotid,

servikal, submandibular, iyak, subklavian, supraklavikulyar, aksillar, tirsak, popliteal va inguinal limfa tugunlari. 2 - 5 barmoq uchlari limfa tugunlari guruhini lokalizatsiya qilish sohasida sirg'aluvchi dumaloq harakatlarni amalga oshiradi va iloji bo'lsa, ularning xususiyatlarini baholab, ularni zich shakllanishlarga (suyaklar, mushaklar) bosib turiladi.

Submandibulyar limfa tugunlarini palpatsiya qilishda ular pastki jag'ning ichki yuzasiga bosiladi.

Servikal tugunlar sternokleidomastoid mushakning old va orqa qirralari bo'ylab palpatsiya qilinadi.

Supraklavikulyar va subklavian limfa tugunlari navbati bilan yuqorida va subklaviyada paypaslanadi.

Ulnar limfa tugunlari bitsepning ichki yuzi sohasida, tirsakka yaqinroq joylashgan. Bemorning qo'li to'g'ri burchak ostida bukilgan, mushaklari bo'shashgan bo'ladi.

Inguinal limfa tugunlari qo'lning pupar ligamenti bo'ylab harakatlanishini palpatsiya qiladi.

Qo'ltiq osti limfa tugunlarini palpatsiya qilishda bemorga qo'llarini ikki tomonga ko'tarish so'raladi. Doktor kaftlarini vertikal ravishda qo'ltiq ostiga ozgina egilgan barmoqlari bilan qo'yadi. Keyin u bemorni qo'llarini tushirishni so'raydi. Ayni paytda, yuqoridan pastga qarab bitta siljish harakati bilan shifokor limfa tugunlarini tekshirishga harakat qiladi.

Sog'lom odamda yasmiq kattaligi osti limfa tugunlari paypaslanadi, qo'ltiq osti limfa tugunlari no'xat, inguinal limfa tugunlari paypaslanadi, palpatsiya paytida ular og'riqsiz, osongina siljiydi, atrofdagi to'qima va o'zlari bilan bog'lanmaydi, ularning ustidagi teri o'zgarmaydi. Boshqa limfa tugunlari guruhlari: oksipital, jag', parotid, orqa va oldingi servikal, sub- va supraklavikulyar, ulnar, tizza osti odatda aniqlanmaydi.

Mushaklar

Mushak tizimining rivojlanish darajasini, og'riqni, gipertrofiya, atrofiyani borligini aniqlang. Tonusi va mushaklarning kuchi baholanadi (nosimmetrik tarzda!). Tonik yoki klonik tutilishlarning mavjudligi qayd etiladi. Rivojlanish darajasiga ko'ra ular quyidagilar:

- Mushaklar rivojlanishining zaif kuchi, bunda mushaklar konturi (bo'rtmalar) deyarli yo'q, mushaklar yupqalashgan, sust, atonik. Mushak tizimining bu rivojlanishi gipofiz kaxeksi, alimentar distrofiya, ko'pincha bolalarda (to'yib ovqatlanmaslik sababli), shuningdek o'pka

tuberkulyozining rivojlangan shakllari, malign neoplazmalar, qon aylanishining surunkali etishmovchiligida kuzatiladi.

- Mushaklar rivojlanishining o'rtacha rivojlanishi, bunda mushaklar konturi (bo'rtiqlar) aniq ifodalangan, oyoq-qo'llari o'rtacha darajada to'lgan.

- Mushaklar rivojlanishining sezilarli darajada og'irligi, bunda mushaklar konturi aniqlanadi. Mushaklarning bunday rivojlanishi sportchilarda va og'ir fizikal mehnat bilan shug'ullanadigan odamlarda kuzatiladi.

Mushak tonusi palpatsiya bilan aniqlanadigan mushaklarning zichligi darajasini tavsiflaydi. Yaxshi mushak tonusi bilan aylanma mushaklarning kuchayishi bilan aniq konturlanadi, mushaklarning pasayishi bilan mushak yomon konturlanadi.

Mushak tonusining pasayishi og'ir vazn yo'qotish (kaxeksiya) bilan og'rigan bemorlarda, uzoq vaqt davomida harakatsiz holatda bo'lgan odamlarda, shuningdek

miyasteniya, dermatomiyozit, jarohatlardan so'ng, asab tizimi kasalliklarida uchraydi.

Mushak tonusining oshishi (gipertoniklik) asab-mushak apparatining shikastlanishi bilan kuzatiladi va odatda mushak faoliyatining buzilishi bilan birga keladi.



Rasm-30. Kaft mushaklari kuchini tekshirish usullari

Mushak kuchi eng yaxshi dinamometriya bilan o'lchanadi. Bu bemorning fizikal rivojlanish ko'rsatkichidir. Nosimmetrik mushaklar yoki mushak guruhlarining kuchini tekshirish uchun dinamometrdan foydalaniladi. Taxminan qo'llarning kuchini bemorga bir vaqtning o'zida shifokorning qo'llarini ikkala qo'li bilan siqib chiqarishni so'rash va mushaklarning kuchini assimetriyasini aniqlash uchun ularning siqilish

kuchi farqi bilan aniqlash mumkin (30-rasm). Yelkaning egiluvchan mushaklarini tekshirganda, bemorga tirsak qo'shimchasida qo'lni bukish va shu tarzda ushlab turish so'raladi. Shifokor 14 ni sinab ko'radi. Shunga ko'ra, elka ekstansorlarining kuchini tekshirib, bemorga shifokorning qarshiligini engib, tirsagida bukilgan qo'lni bukish talab qilinadi. Xuddi shu tarzda, oyoq mushaklarining kuchini o'rganish mumkin. Miyasteniya bilan og'rikan bemorlarda mushaklar kuchining pasayishi, og'ir mushak atrofiyasi kuzatiladi. Mushak kuchining assimetrik pasayishi o'tkir serebrovaskulyar falokat, travma va hokazolarni boshdan kechirgan bemorlarda kuzatiladi.

Alohida mushaklarning yoki mushak guruhlarining og'rig'i va muhrlarini ochish palpatsiya yo'li bilan amalga oshiriladi. Ushbu o'zgarishlar miyozitda (mushak tizimidagi yallig'lanish o'zgarishlar), asab tizimi kasalliklarida kuzatiladi. Ekstremitalarning mushaklarining bir tomonlama atrofiyasi yoki gipertrofiyasini o'lchov lentasi bilan kasallangan va sog'lom oyoq-qo'llarning qalinligini bir xil darajada o'lchash orqali aniqlash mumkin. Muayyan mushak guruhlarining atrofiyasi yoki gipertrofiyasi operatsiyalar, jarohatlar, suyaklarning sinishi natijasida bo'lishi mumkin. Shuningdek ayrim kasalliklarda (revmatoid artrit, poliomielit) kuzatilishi mumkin. Tutqanoqlarning mavjudligi (individual mushak guruhlari yoki individual mushaklarning beixtiyor qisqarishi) markaziy asab tizimining shikastlanishi (epilepsiya), jigar etishmovchiligi, elektrolitlar buzilishi, shuningdek ba'zi yuqumli kasalliklar (qoqshol, vabo) bilan sodir bo'ladi.

Mushak funktsiyasining boshqa buzilishlari - parez (mushaklarning faol harakatlarini susaytirishi), falaj (harakatlarni amalga oshirishga to'liq qodir bo'lmaganda) - asosan asab tizimining shikastlanishi bilan kuzatiladi: miya qon tomirlari falokati, travma yoki o'smaning o'sishi natijasida umurtqa pog'onasining siqilishi va boshqalar.

Suyaklar

Bosh suyagi, umurtqa pog'onasi va ekstremitalarning suyaklari shakli (egrilik, deformatsiya), sternum, qovurg'alar, naycha suyaklari, umurtqa pog'onasi va tos suyaklarini paypaslash va urish paytida og'riq aniqlanadi. Tekshiruv palpatsiya va perkussiya bilan amalga oshiriladi.

Bo'qumlar

Konfiguratsiyalar. nosimmetrik bo'g'implarning hajmi, palpatsiya paytida sezgirlik, tana harorati, bo'g'inlar ustidagi terining rangi baholanadi. Qo'shimchadagi faol (bemorning o'zi bajaradigan) va passiv (yordam bilan bajariladigan) harakatlar hajmi, og'riq, harakatlanayotganda siqilish, "suzuvchi muz" alomati aniqlanadi. Sog'lom odamda bo'g'inlar hajmi kattalashtirilmaydi, tashqi tomondan ular deformatsiyalanmaydi, teginishida issiq bo'lmaydi, rangi terining rangiga to'g'ri keladi, palpatsiya paytida og'riqsiz. Qo'shimchalardagi harakatlar to'liq, cheklovsiz, faol ravishda amalga oshiriladi.

Bo'qumlar konfiguratsiyasining o'zgarishi turli sabablarga ko'ra bo'lishi mumkin. Bo'qumlardagi yallig'lanish jarayoni bilan uning *defiguratsiyasi* kuzatiladi - hajmning oshishi, konturlarning silliqligi, ularning shishishi. Ushbu o'zgarishlar sinovov va periartikulyar to'qimalarning yallig'lanish shishishi, qo'shma bo'shliqda efuziya mavjudligi bilan bog'liq.

Bo'qumlarning deformatsiyasi - bu suyaklarning artikulyar uchlarida suyak o'zgarishi, suyak o'sishi natijasida hosil bo'lgan bo'g'in shaklidagi doimiy o'zgarish. Bo'qumlarni tekshirishda siz quyidagilarni aniqlashingiz mumkin:

- Bir vaqtning o'zida deformatsiyaga uchragan bo'g'inlarning shakli va o'lchamining o'zgarishi. Bunday o'zgarishlar periartikulyar to'qimalarning shishishi, qo'pol biriktiruvchi (tolali) to'qimalarning rivojlanishi va shuningdek bo'g'implarning subluksatsiyasi tufayli yuzaga keladi. Bu bo'g'implarning turli xil yallig'lanish, metabolik-distروفik kasalliklarida kuzatiladi: artroz, ankilozan spondilit, revmatizm, podagra, revmatoid artrit va boshqalar.

- bo'g'im ustidagi bo'g'im rangining o'zgarishi, og'riq va isitma (bo'g'inlar teginganda qizib ketadi) o'tkir bo'g'im revmatizmida, har qanday etiologiyaning artritida kuzatiladi.

- Revmatoid artrit, deformatsiyali artroz, ankilozan spondilit va boshqalarda qo'shma harakatchanlikning o'zgarishi, bo'g'inning to'liq harakatsizligi (ankiloz) rivojlanishiga qadar harakatchanlikning cheklanishi.

Ta'sirli bo'g'im ustidagi terining o'zgarishi giperemiya va teri haroratining ko'tarilishi shaklida namoyon bo'ladi (qo'lning orqa tomoni bilan belgilanadi).

Harakatlilik qo'shilishdagi faol va passiv harakat miqdori bilan belgilanadi. bo'g'inning faol harakatchanligini aniqlashda bemorni mustaqil ravishda turli bo'g'inlarda fleksiya yoki kengayish harakatlarini bajarishini so'rash kerak. Passiv harakatchanlikni aniqlashda shifokorning o'zi fiziologik me'yorlariga (egiluvchanlik, kengayish, aylanish, pronatsiya, supinatsiya) muvofiq o'rganilayotgan bo'g'inda harakatlarni amalga oshiradi. Shu bilan birga, harakatlar doirasining cheklanganligi qayd etilgan.

Palpatsiya paytida og'riyotgan harakat paytida krepitus (siqilish) aniqlanishi mumkin. Zaif, deyarli sezilmaydigan krepitus, qoida tariqasida, sinovium, bursa yoki tendon qobig'ining yallig'lanishini ko'rsatadi. Dag'al krepitus xaftaga yoki suyak shikastlanishiga ishora qiladi.

NAFAS OLISH TIZIMINI O'RGANISH

Nafas olish tizimini tekshirish yuqori nafas yo'llarining holatini baholash bilan boshlanadi.

Burun

Erkin yoki qiyin bo'lgan burun orqali nafas olish paxta sumkasini yoki qog'oz parchasini avval biriga, so'ngra bemorning boshqa burun burchagiga olib kelish orqali aniqlanadi. Ular bitta burun teshigidan nafas olishni so'rashadi, bemor esa boshqa burun teshigini barmog'i bilan yopadi. Nafas olish va chiqarish paytida paxta momig'i yoki qog'oz parchasining amplitudasi burun teshigidan havo o'tishi erkinligiga qarab baholanadi. Keyin nazal mukozani tekshiring, bemorning burun uchini ehtiyotkorlik bilan yuqoriga ko'taring. Burun chiqishini, ularning tabiatini, rangini, miqdorini baholash. Ehtiyotkorlik bilan og'riqni aniqlash uchun paranasal sinuslarning proektsiyasida bir barmoq uchi perkussiya qilinadi.

Halqum

Bemorning ovozi baholanishga to'g'ri keladi: aniq, xirillagan, aphonia. Shuningdek, ular gaplashayotganda yoki yutayotganda og'riq borligi haqida so'rashadi.

Ko'krak qafasi tekshiruvi.

Tekshirish tanada beliga yalang'och holda tik turgan yoki o'tirgan holda o'tkaziladi.

Ko'krak qafasi tuzilishini o'rganish

Sog'lom odamlarda konstitutsiyaviy turga qarab, ko'krak qafasining konstitutsiyaviy turlari (normal shakllar) (27-rasm, D) va patologik shakllar mavjud.

Oddiy ko'krak shakllari

- *Normostenik* (konus shaklida) ko'krak qafasi. Uning anteroposterior diametri lateralga qaraganda kamroq, ularning nisbati 0,7 ga teng. Supraklavikulyar va subklavian chuqurchalar zaif ifodalangan. Lateral yuzalar bo'ylab qovurg'alar mo'tadil egimli yo'naltirilgan, interkostal bo'shliqlar keskin ifoda etilmagan, elkalar bo'yinga to'g'ri burchak ostida joylashgan. Yelka kamarining mushaklari yaxshi rivojlangan. Epigastrik burchak 90° , elkama pichoqlari siqilgan va keskin konturga ega emas.

- *Astenik* ko'krak qafasi tekis, tor, cho'zilgan. Anteroposterior o'lchamning ko'ndalang o'lchamga nisbati taxminan 0,65 ga teng. Supraklavikulyar va subklavian chuqurchalar aniq ko'rinadi, klavikulalar aniq ko'rinadi, interkostal bo'shliqlar keng, lateral yuzalar bo'ylab qovurg'alar vertikal yo'nalishga ega. Epigastral burchak 90° dan kam. Elkalar tushirilgan, elkama-kamar mushaklari nisbatan kam rivojlangan. Yelka pichoqlari orqada.

- *Giperstenik* ko'krak qafasi keng, anteroposterior va ko'ndalang o'lchamlarning nisbati taxminan 0,8 ga teng. Supraklavikulyar va subklavian fossa yomon ifodalangan yoki ko'rinmaydi, elkalari tekis, keng. Interkostal bo'shliqlar tor, yomon ifoda etilgan. Qovurg'alar ko'proq gorizonttal. Epigastral burchak tutashgan, elka pichoqlari ko'kragiga mahkam o'mashgan, mushaklari massiv, yaxshi rivojlangan.

Ko'krak qafasining patologik shakllari

- *Emfizematik* ko'krak qafasi (sinonimlar: bochka shaklida, silindrsimon yoki konus shaklida (pastki mintaqalarda kengaytirilgan)). Anteroposterior va ko'ndalang o'lchamlarning nisbati 1 ga teng. Epigastral burchak 90° dan yuqori. Qovurg'alarning deyarli gorizonttal holati va

interkostal bo'shliqlar. Shishish ko'pincha supraklavikulyar mintaqalarda uchraydi. Nafas olishda qovurg'a qafasi muzlab qolganday tuyuldi.

- *Paralitik* ko'krak qafasi. Ko'krakning bu shakli assimetriya va mushak atrofiyasi bilan tavsiflanadi. Ko'krak qafasi old tomondan orqaga tekislanadi. Anteroposterior va ko'ndalang o'lchamlarning nisbati taxminan 0,5 ga teng. Supraklavikulyar va subklavian fossa cho'kadi. Keng interkostal bo'shliqlar. Yelka kuraklari tanadan orqada pterygoid tarzda orqada qolmoqda. Epigastral burchak 60° dan kam.

- *Raxit* ko'krak qafasi raxit bilan kasallangan odamlarda uchraydi. Anteroposterior kattalashtiriladi, sternum oldinga "fona" shaklida chiqib turadi. Anterolateral yuzalar siqilgan, qovurg'alar sternum bilan keskin burchak ostida bog'lanib, tutashgan joyda qalinlashuvlarni hosil qiladi. Diafragma qo'shish joyiga to'g'ri keladigan ko'krakning pastki qismining orqaga tortilishi mavjud.



Rasm-31. Emfizematik ko'krak qafasi.

Yuqoridan, bunday ko'krak qafasi uchburchakka o'xshaydi, uning burchaklaridan biri sternum.

- *Voronka ko'krak qafasi* (etikdo'z ko'kragining sinonimi) pastki sternumda chuqurchaga ega. Bu skeletning konjenital malformatsiyasi.

- *Skafoid qovurg'a qafasi* sternumning pastki va o'rtaqismida cho'zinchoq depressiyaga ega. Bu tug'ma rivojlanish anomaliyasi.



Rasm-32. Raxit ko'krak qafasi.



Rasm-33. Skafoid ko'krak qafasi

- *Kifoskoliotik ko'krak orqa miya g'ayritabiiy ravishda orqa tomondan (kifoz), oldtomondan (lordoz) va / yoki lateral dan (skolyoz) o'ralgan holda hosil bo'ladi.*



Rasm-34. Kifoskoliotik ko'krak qafasi.

Ko'krak yarmi simmetriyasini baholash.

Vizual tekshirish orqali o'tkaziladi.

- Yarim hajmning oshishi plevra bo'shlig'ida katta miqdordagi suyuqlik (ekssudat, transudat, qon) yoki havo (pnevmotoraks) to'planishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

- Ko'krakning faqat pastki qismi hajmining oshishi jigar va / yoki taloqning sezilarli darajada oshishi, astsit, meteorizm bilan bo'lishi mumkin.

- Ko'krakning cheklangan chiqibketishi periostit, perixondrit, qovurg'a shishi, ko'krak devoir zararlanishi bilan sodir bo'ladi.

- Ko'krak qafasining yarmi hajmining pasayishi pnevmoskleroz bilan bo'lishi mumkin (yallig'lanish jarayoni natijasida o'pkaning katta sohalarining bujmayishi); plevra yopishqoqligi yoki unda uzoq muddatli ekssudatning rezorbsiyasidan so'ng plevra yorig'ining to'liq o'sishi mavjud bo'lganda; bronxning yaxshi sifatli yoki begona jism bilan to'sib qo'yishi tufayli o'pkaning atelektazi (qulashi) bilan; o'pkani yoki uning bo'llagini tezda olib tashlash bilan.

Nafas olish harakatlarining turi.

Bemorga chuqur nafas olish taklif etiladi va ko'krak qafasining ekskursiyasi kuzatiladi.

- Ko'krak qafasi (kostal) nafas olish turi - ayollarda ko'proq uchraydi. Nafas olish harakatlari interkostal mushaklarning qisqarishi bilan amalga oshiriladi. Erkaklarda bu turdagi nafasning paydo bo'lishi diafragma yoki qorin parda (peritonit) yallig'lanishi, qorin ichi bosimining oshishi (astsit) tufayli yuzaga kelishi mumkin.

- Qorin bo'shlig'i (diafragma) nafas olish - erkaklarda ko'proq uchraydi. Nafas olish harakatlari asosan qorin mushaklari va diafragma orqali amalga oshiriladi. Ayollarda bu tip quruq plevrit, interkostal nevrалgiya va qovurg'alar singan holda kuzatiladi.

- Aralash nafas olish - interkostal mushaklar va diafragma ishtirok etadi. Sog'lom erkaklar va ayollarda bo'lishi mumkin.

Ko'krak qafasi qismlarining nafas olishda ishtirok etish simmetriyasini aniqlash.

Bemorni chuqur nafas olishi bilan old va orqada ko'krak qafasini tekshirish orqali aniqlanadi. unday holda, old tomonda joylashgan belgilar - bu kamar kamarining holati va ularning nafas olish ekskursiyasi. Siz shifokorning barmoqlarini bemorning ko'kragining ikkala yarmining interkostal bo'shliqlariga qo'yishingiz va nafas olish paytida ularning siljishining simmetriyasini kuzatishingiz mumkin. Orqa tomondan qaralganda, ikki qo'lning bosh barmoqlari bemorning yelka pichoqlarining pastki burchaklariga qo'yiladi va ularning pozitsiyasining simmetriyasi va nafas olish paytida bir xil siljish baholanadi. Odatda, ko'krakning ikkala yarmining harakatlari nosimmetrikdir. Nafas olish paytida ko'krak qafasining yarmining kechikishi bu yarmida patologik jarayon mavjudligini ko'rsatadi. Bu pnevmoniya, o'pka neoplazmasi, quruq plevrit, qovurg'alar singan, interkostal nevrалgiya, interkostal mushaklarning yallig'lanishi, tananing tegishli yarmining falaji yoki pareziyasi bilan bo'lishi mumkin.

Nafas olish harakati sonini hisoblash (NOS).

Ko'krak yoki qorin devorining harakati bilan aniqlanadi. Nafas olish harakatlarini hisoblashda shifokor pulsni hisoblashni simulyatsiya qiladi (masalan, qo'lda), shu bilan bemorning e'tiborini chalg'itadi va bo'sh qo'lini 21 ga ko'krak yoki qoringa qo'yadi

Odatda NOS daqiqada 12-20 nafasni tashkil qiladi. Fizikal mashqlar bilan, mo'l-ko'l ovqatdan so'ng, nafas tezlashadi, uxlash vaqtida u kamroq

bo'ladi.

- Quruq plevrit, pnevmoniya, atelektaz, emfizema, yuqori tana harorati bilan nafas olishning patologik tezligi kuzatiladi.

- Nafas olishning patologik pasayishi nafas olish markazining tushkunligi (miya kasalligi, intoksikatsiya, buyrak, jigar etishmovchiligi, koma) holatida yuz beradi.

Nafas olish chuqurligini aniqlash.

Bu nafas olish bilan bog'liq bo'lgan nafas olish mushaklarining faoliyati bilan baholanadi va sayoz va chuqur nafas chiqariladi.

Nafas olish ritmini aniqlash.

- *Ritmik* - bir xil nafas olish tezligi

- *Ritmik emas* (nafas olish arimiyasi) - nafas olish harakatlari ritmi pauzalar (apnea davrlari) bilan to'xtatiladi. Bu og'ir intoksikatsiya, miyaning shikastlanishi, koma tufayli yuzaga keladi.

Ko'krak qafasining nafas olish ekskursiyasini aniqlash.

O'lchov lentasi bemorning ko'kragini qoplaydi (36-rasm), orqa tomondan yelka kuraklarining pastki burchaklari darajasida, old tomondan 4 qovurg'a darajasida (sternunga biriktirilgan joyda).



Rasm-35. Ko'krak qafasi nafasolish ekskursiyasini aniqlash.

Ko'krak atrofining 3 o'lchamlari qayd etiladi: tinch nafas olish bilan, maksimal nafas balandligida va maksimal nafas olish bilan. Maksimal nafas olish va chiqarish o'rtasidagi farq ko'krak ekskursiyasiga to'g'ri keladi.

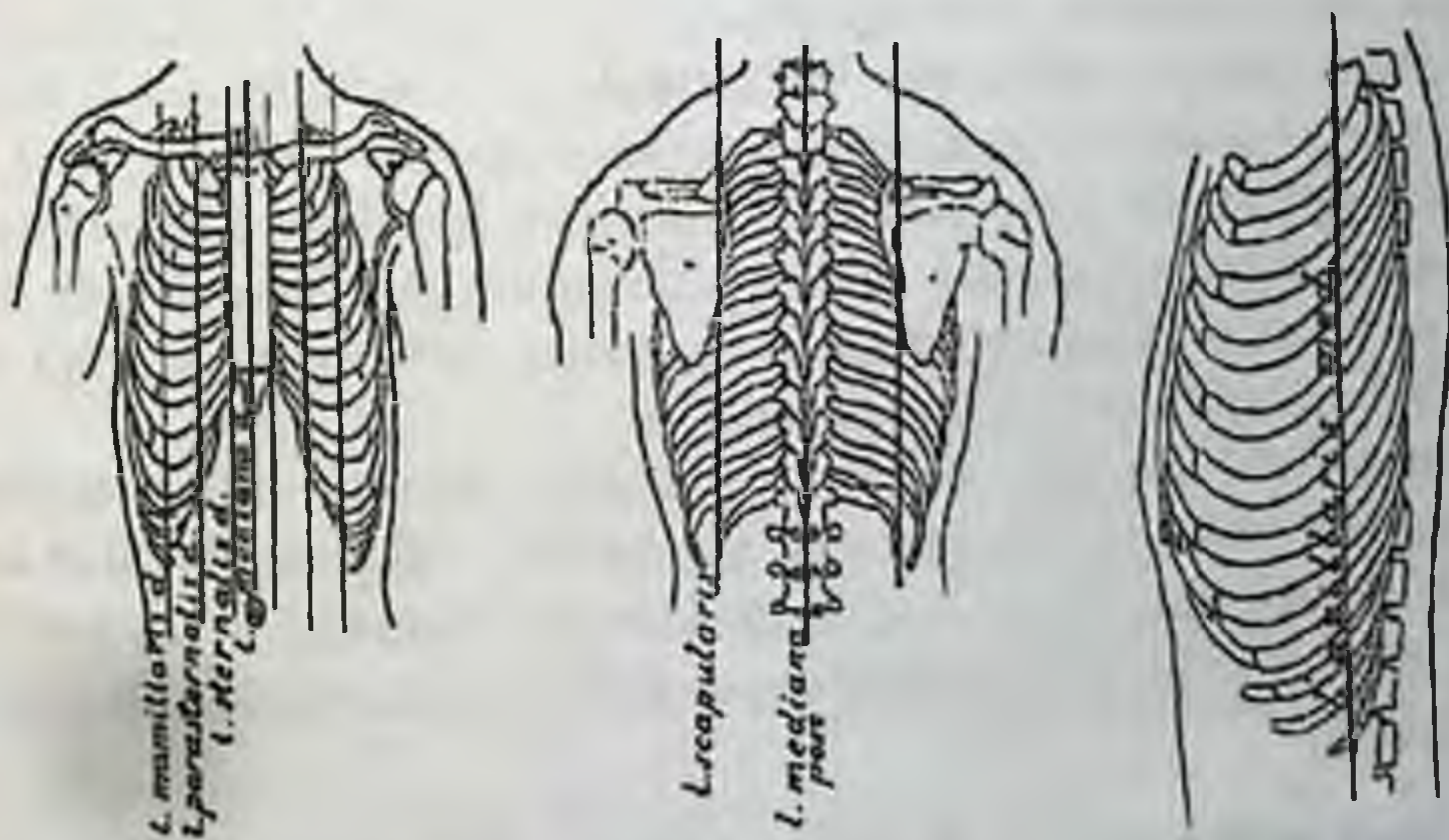
Ko'krak qafasi palpatsiyasi.

Palpatsiya iliq xonada simmetrik sohalarda ikkala qo'lning barmoqlarining kaftlari va palma yuzalari bilan amalga oshiriladi. Bemorning holati tik yoki o'tirgan holatda.

Aniqlangan o'zgarishlarning lokalizatsiyasini aniq ko'rsatish uchun ko'krak shartli ravishda gorizontaal va vertikal topografik chiziqlar bilan bo'linadi.

Gorizontaal chiziqlar qovurg'alar va interkostal bo'shliqlar bo'ylab joylashgan. Oldidagi qovurg'alar I qovurg'adan (ko'pchilik odamlarda u o'mrov osti qismida joylashgan) yoki II qovurg'adan boshlab sanaladi. Orqasida, ular umurtqaning o'murtqa o'simtalari (VII bo'yin umurtqasining spinous o'simtasi osonlikcha seziladi) tomonidan boshqariladi.

Vertikal chiziqlar:



Rasm-36. Ko'krak qafasidagi topografik chiziqlar

Oldingi o'rta chiziq sternumning o'rtasida bo'yin chuqurchasi va xipoid o'simtasi o'rtasida o'tadi.

Sternunining o'ng va chap tomonlari sternunining o'ng va chap qirralari bo'ylab joylashgan.

O'rta-klavikulyar o'ng va chap - klavikula o'rtasidan boshlanib, pastga perpendikulyar ravishda yo'naltiriladi.

Parasternal o'ng va chap o'rtada o'rta-klavikulyar va sternal chiziqlar o'rtasida joylashgan.

Old va o'ng qo'litiq osti qo'litiq osti vertikal ravishda pastga yo'naltirilgan.

O'rta qo'litiq osti va chap - qo'litiq o'rtasidan vertikal pastga tushing.

Orqa aksillar o'ng va chap - qo'litiqning orqa qirralari bo'ylab vertikal pastga qarab yo'naltiriladi.

Skapula o'ng va chap - skapulaning pastki burchagidan vertikal ravishda pastga qarab o'tgan.

Orqa median - umurtqaning o'murtqa o'simtalari bo'ylab o'tadi.

Paravertebral o'ng va chap chiziqlar orqa o'rta chiziq va skapular chiziqlar o'rtasida o'tadi.

Ko'krak qafasidagi og'riqni aniqlash.

Og'riqni aniqlash uchun ko'krak qafasini palpatsiya qilish simmetrik sohalarda barmoq uchlari bilan, ma'lum bir ketma-ketlikda ko'kragiga bosiladi. Old tomondan ular supraklavikulyar va subklavian sohalardan boshlanadi, so'ngra pektoralis katta mushaklari sohalari, ko'krakning pastki lateral qismlari, yuqoridan pastgacha aksillar chiziqlari bo'ylab. Orqasida palpatsiya supraspinatus sohalaridan boshlanadi, interkapular sohaga, subskapularisga, ko'krakning orqa tomon qismlariga o'tadi. Orqa miya va tizma orasidagi bo'shliqlarning tizma sohalarining og'rig'i o'ng qo'lning bosh barmog'i bilan aniqlanadi.

Interkostal bo'shliq bo'ylab palpatsiya paytida og'riq seziladi, ko'pincha interkostal mushaklar yoki nervlarning yallig'lanishi bilan sodir bo'ladi. Qovurg'alar singan bo'lsa, cheklangan hududda og'riq seziladi, uning ostidagi to'qimalar shishadi va parchalar joyidan siljiganida siqilish eshitiladi.

Ko'krak qafasi rezistentligini (rigidligini, elastikligini) aniqlash.

Qarshilik (qat'iylik, elastiklik) qo'llarni old va orqada, pastki qismlarda yon tomondan siqish bilan aniqlanadi. Bir qo'l kaftini to'sh ustiga, ikkinchisini esa kuraklar orasiga qo'yiladi. Tirsaklar chetga

yo'naltiriladi. Kaftlar asosi bilan, prujina shaklida 2-3 ml.ga bosiladi. Bunda soglom kishida o'pkadan chiqadigan havo eshitiladi. So'ngra kaftlarni ko'krakning yon qismiga qo'yib 2-3 marta bosiladi. Soglom kishida ko'krak qafasi elastikligi seziladi.

Bir tomonlama rigidlik eksudativ plevritda yoki plevra o'smalarida aniqlanadi.

Ko'krak qafasining barcha qismlarining rezistentligi emfizema va pnevmoskleroz rivojlanishida qari kishilarda, hamda plevra bo'shliqlarining eksudat bilan tolganida uchraydi.

Ovoz titrashini aniqlash.

Ovoz titrashi- bu ko'krak qafasi yuzasiga past chastotali tovush titrashining o'tkazilishidir. Ikkala kaftni ko'krak qafasi ustiga qo'yib R harfi bor so'zlarni aytishni buyuradilar. Masalan "traktor". Ovoz titrashini ikkala tomondan o'mrov usti, o'mrov osti, so'ngra o'rta o'mrov chizigi bo'ylab solishtiriladi (chapdan 3 qovurqagacha). Songra qo'ltiq osti chizigi va orqadan kurak orasida taqqoslanadi.



Rasm-37. Ovoz titrashini aniqlash.

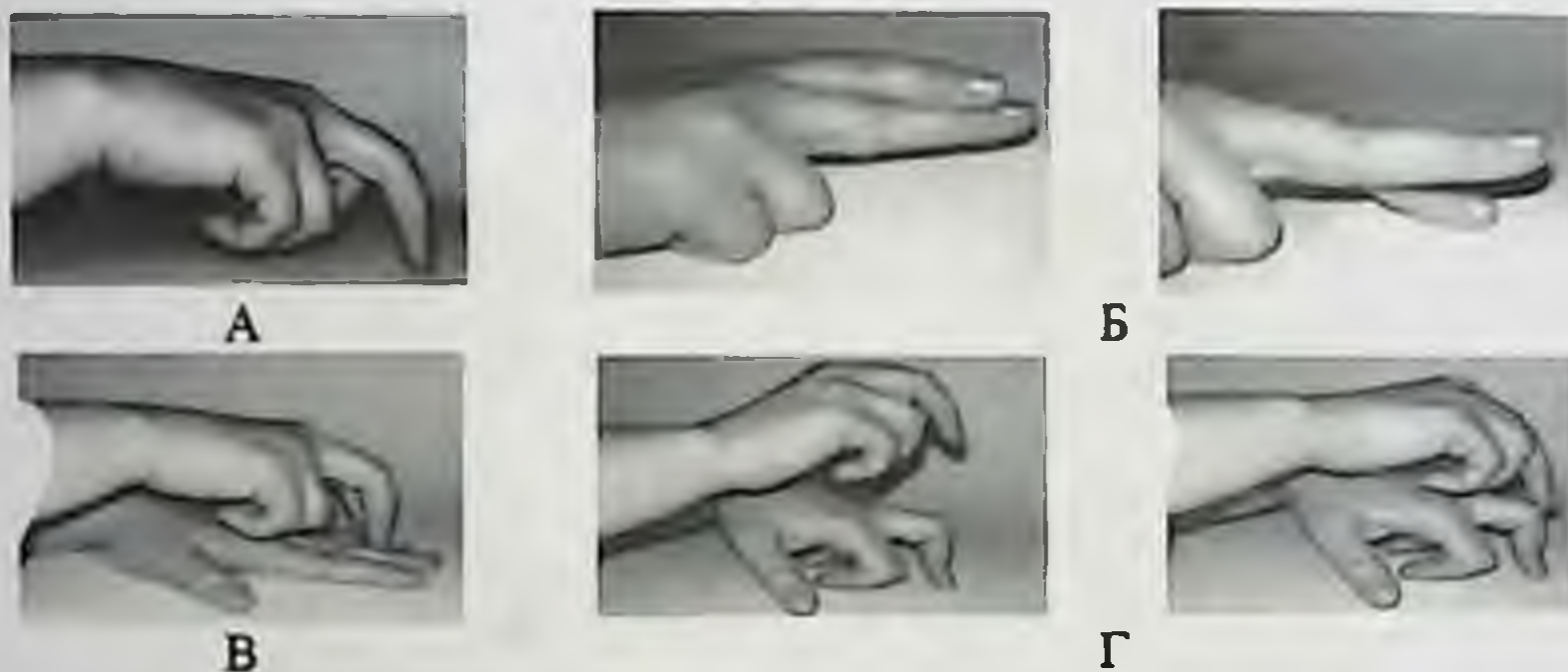
Sog'lom odamlarda ovoz titrash yuqori ko'krakda kuchliroq, pastki qismida esa kamroq seziladi.

- Ovoz titrashining kuchayishi quyidagilarda kuzatiladi:
 - o'pka to'qimasini zichlashishi

- kompression atelektazida (siqilgan o'pka)
- pnevmosklerozda
- bronx bilan aloqa qiladigan bo'shliq mavjud bo'lganda.
- Ovoz tremorining sustlashishi qo'yidagi holatlarda sodir bo'ladi.
- o'pkaning emfizemasi
- plevra bo'shlig'ida suyuqlik yoki gaz mavjud bo'lganda
- ko'krak devori yoki plevra qatlamlarining qalinlashishi bilan.

Ko'krak qafasi perkussiyasi.

Perkussiya texnikasining 4 turi mavjud: 1) to'g'ridan-to'g'ri (tanadagi barmoq) zarba: a) F.G. Yanovskiy, b) V.P. Obratsov (rasm 7 A, B); 2) bilvosita. (barmog'idagi barmoqtanagabosilgan) perkussiya: a) G.I. Sokolskiy, b) A. Goldsheiderning fikriga ko'ra barmoqni J. Pleschga ko'ra belgilash bilan (39-rasm).



Rasm-38. Zamonaviy zarbning asosiy texnikasi: A - G.F. Yanovskiy bo'yicha. B - V.P. Obratsov bo'yicha, B - G.I. Sokolskiy bo'yicha, Г - A. Goldsheiderning bo'yicha

Qiyosiy perkussiya.

U o'pkaning biron bir qismida patologik o'zgarishlarni aniqlash uchun ishlatiladi. U qat'iy ravishda ko'krak qafasining simmetrik sohalarida amalga oshiriladi (40-rasm).

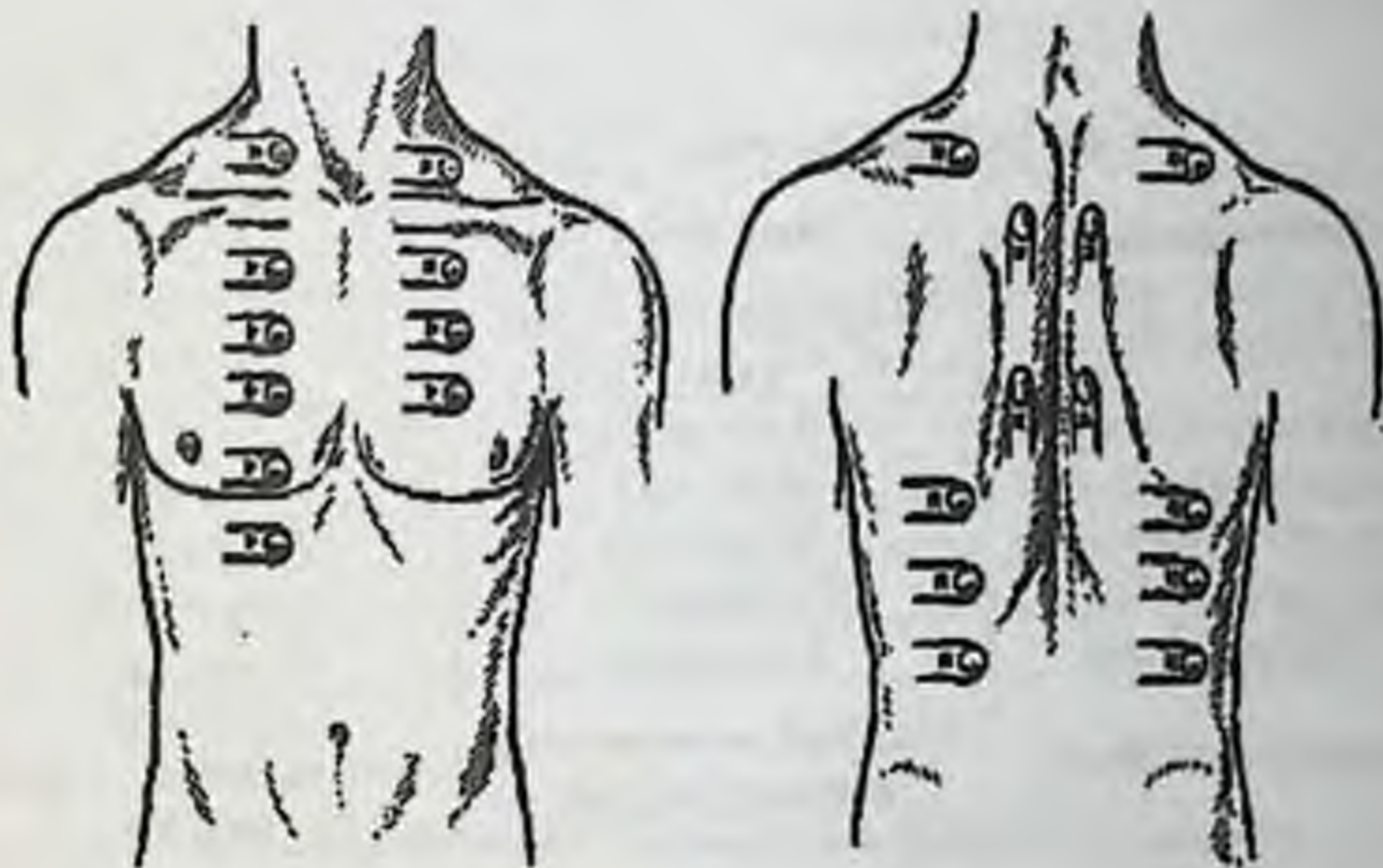
Qiyosiy perkussiya har doim ma'lum bir ketma-ketlikda amalga oshiriladi:

- Birinchidan, supraklavikulyar zonalar navbat bilan chap va o'ng tomonda perkussiya qilinadi. Plessimetr barmog'i bo'yin suyagi ustida, unga parallel joylashgan.

- O'mrovda (Yanovski bo'yicha to'g'ridan-to'g'ri perkussiya).

O'mrov ostida I, II va III interkostal bo'shliqlarda ko'krakning o'ng va chap yarmining qat'iy nosimmetrik sohalarida qovurg'alarga parallel ravishda barmoqlararo pessimetr o'rnatilgan.

- Parasternal va o'rta-klavikulyar chiziqlarda har ikki tomonning qiyosiy perkussiyasi III qovurg'a darajasiga qadar amalga oshiriladi. Bundan tashqari, perkussiya faqat o'ngda (yurak chap tomonda) amalga oshiriladi, perkussiya natijasida olingan tovushlarni joylashgan sohalar ostida taqqoslaydi.



Rasm-39. O'pka perkussiyasida barmoq-plessimetrning holati.

- Aksillar chizig'i bo'ylab perkussiya o'tkazishda bemorga qo'llarini yuqoriga ko'tarib kaftlarini boshining orqasiga qo'yishi so'raladi. Perkussiya qo'litiq osti chuqurchasi chuqurligidan boshlanadi, barmoqni -plessimetni vertikal qo'yadi. Keyin barmoq -Plessimetr yana interkostal bo'shliq bo'ylab joylashtirilgan va uchta qo'litiq osti chizig'i bo'ylab perkussiya amalga oshiriladi.

- Orqasida birinchi navbatda supraskapular sohalar perkussiya qilinadi. Barmoq-plessimetr skapula umurtqasining yuqorisida, unga parallel ravishda o'rnatiladi. Chapda va o'ngda navbatma-navbat

perkussiya. Interscapular sohalarni perkussiya qilishda bemorga umurtqa pog'onasidan elka pichoqlarini maksimal darajaga ko'tarish uchun qo'llarini ko'kragiga kesib o'tishi so'raladi. Barmoq-plessimetr elka pichoqlarining chetiga vertikal ravishda o'rnatiladi. Subskapularisning perkussiyasi paytida barmoq pessiometri skapula burchagi ostiga gorizontal ravishda chapga va o'ngga navbat bilan joylashtiriladi. Bu vaqtda bemorning qo'llari tushiriladi.

Topografik perkussiya.

U o'pkaning yuqori va pastki chegaralarini, pastki o'pka chegaralarining harakatchanligini aniqlash uchun ishlatiladi (1 va 2-jadvallar).

1-jadval.

Sog'lom odamda o'pkaning pastki chegarasi

Perkussiya joyi	O'ng o'pka	Chap o'pka
Substernal chiziq	VI qovurg'aning yuqori qirrasasi	-
O'rta-klavikulyar chiziq	VI qovurg'a	-
Old qo'litiq osti chizig'i	VII qovurg'a	VII qovurg'a
O'rta qo'litiq osti chizig'i	VIII qovurg'a	VIII qovurg'a
Orqa aksillar chizig'i	IX qovurg'a	IX qovurg'a
Skapular chiziq	X qovurg'a	X qovurg'a
Paravertebral chiziq	XI ko'krak umurtqasining o'murtqa jarayoni	XI ko'krak umurtqasining o'murtqa jarayoni

O'pkaning pastki chegaralari perkussiya bilan tepadan pastga (II interkostal bo'shliqdan boshlab) topografik chiziqlar bo'ylab aniq o'pka tovushi mutlaqo sust ovoz bilan almashtirilguncha o'rnatiladi. Chap tomonda, peri-sternal va o'rta-klavikulyar chiziqlar bo'ylab topografik perkussiya bajarilmaydi (Traube bo'shlig'i).

O'pkaning yuqori chegarasi ularning tepalari balandligi bilan belgilanadi.

Oldinda, uni topish uchun barmoq-plessimetr supraklavikulyar fossada klavikula bilan parallel ravishda joylashtiriladi va klavikula o'rtasidan skalen muskullariga qadar aniq o'pka tovushi ovozi o'zgarguncha perkussiya qilinadi. (sog'lom odamda bo'yin suyagidan 3-4

sm balandlikda). Orqasida - barmoq-plessimetr supraspinatus chuqurchasiga skapulaning orqa miya qismiga parallel ravishda joylashtirilgan va uning o'rtasidan tumtoqlashgan tovush paydo bo'lguncha VII bo'yin orqa miya jarayoni tomon perkussiya qilinadi.

Krenig maydonlarining kengligini aniqlash.

Krenig maydoni o'pkaning aniq tovushi eshitiladigan chap va o'ng o'pka cho'qqisi ustidagi sohalarni aks ettiradi. Ularni aniqlash uchun barmoq-plessimetr trapetsiya mushaklarining o'rtasiga uning old chetiga perpendikulyar joylashtiriladi. Perkussiya avval medial tomondan bo'yniga, so'ngra yelkasiga lateral tomonga o'tkaziladi. O'pka aniq tovushi to'mtoq bilan almashtirilgan ikkita o'ta nuqta orasidagi masofa Kroenig maydonlarining kengligi bo'ladi. Sog'lom odamda u 4 dan 7 sm gacha.

O'pka pastki chegaralarini harakatini aniqlash.

Birinchidan, perkussiya yordamida topografik chiziqlar bo'ylab o'pkaning pastki chegarasi normal nafas olish paytida topiladi va u belgilanadi. Keyin bemorga maksimal nafas olish va uning balandligini ushlab turish taklif etiladi. Shundan so'ng, perkussiyani o'pkaning dastlab topilgan chegarasidan boshlab, mutlaq tumtoqli tovush paydo bo'lguncha boshlang va belgi qo'ying. Keyinchalik, bemorga iloji boricha nafas chiqarib, nafasini ushlab turish so'rashadi. Perkussiya o'pka chetining holatini qayta aniqlaydi va uni belgilaydi.

2-jadval.

O'pkaning pastki qirralarining ekskursiyasi

Topografik chiziqlar	O'ng o'pka			Chap o'pka		
	Nafas olishda	Nafas chiqarishda	Jami	Nafas olishda	Nafas chiqarishda	Jami
Medioklavikulyar (l. Medioclavicularis)	2-3	2-3	4-6	Belgilanmagan!		
O'rta qo'ltiq chizig'i (l. Axillar media)	3-4	3-4	6-8	3-4	3-4	6-8
Skapular chiziq (l. Scapularis)	2-3	2-3	4-6	2-3	2-3	4-6

Bunday holda, perkussiyani oddiy nafas olish paytida topilgan chegaradan (pastdan tepaga), yoki o'pkaning pastki chegarasi normal

nafas olish paytida aniqlanganidek, ya'ni yuqoridan pastgacha o'tkazilishi mumkin. O'pkaning pastki chetining holati orasidagi masofa maksimal nafas olish (o'pkaning pastki chetiga ekskursiya).

O'pka auskultatsiyasi.

O'pka o'tirganda yoki turganingizda yaxshi tinglanadi. Qiyosiy auskultatsiyani qiyosiy perkussiya bilan bir xil nuqtalarda o'tkazish kerak (ko'krakning ikkala yarmidagi navbatma-navbat simmetrik sohalarni taqqoslang).

Auskultatsiya qilishning ma'lum bir ketma-ketligiga rioya qilish kerak: tepadan boshlang, ko'krakning old yuzasini, so'ng yon tomonini, keyin orqa qismini tinglang. Chapdagi o'pkaning old yuzasini eshitishda 3-interkostal bo'shliqqa qadar auskultatsiya o'tkaziladi. Aksillar chizig'i bo'ylab o'pkalarni eshitishda bemor qo'llarini boshining orqasiga, skapula va paravertebral chiziqlar bo'ylab qo'yishi kerak - boshini oldinga ozgina egib, qo'llarini ko'kragiga kesib o'ting.

Bronxofoniya.

Bronxofoniya alveolalar qatlami orqali ko'krak qafasi bo'ylab havo ustunidan va traxeya va bronxlar devorlari bo'ylab girtlaktan ovoz o'tkazilishini baholash uchun analga oshiriladi.

Tekshiruvchi shaxs "h" harfi bo'lgan so'zlarni pichirladi (masalan: chashka choy). Bronxofoniyani aniqlash uchun auskultatsiya singari simmetrik sohalardagi tovushni taqqoslab, ko'krakning butun yuzasi eshinishi kerak.

Bronxofoniya ovoz titrashi bilan bir xil sabablarga ko'ra o'zgaradi: zaiflashish o'pka to'qimalarining havosi ko'payishi bilan (emfizema), aduktor bronxning obstruktsiyasi bilan (obstruktiv atelegtaz).

Kuchaytirish - o'pka to'qimasi zichlanganda (pnevmoniya, siqish atelegtazi); bronx bilan bog'langan bo'shliq ustida; bronxda ochiq pnevmotoraks. Suyuqlikda yo'q (ekssudativ plevrit da).

QON AYLANISH TIZIMINI O'RGANISH.

Yurak sohasini tekshirish.

Yurak gumbazi - bolalik davrida tug'ma yoki orttirilgan yurak nuqsonlari natijasida ko'krak qafasining shishishi (41-rasm). Uning tashqi

ko'rinishi bemorning yuragi, ayniqsa o'ng qorincha bolaligida (zich skelet shakllanishidan oldin) kattalashganligini ko'rsatadi. Dumg'aza skeletning konjenital deformatsiyasidan va raxitdan keyin ajralib turishi kerak.



Rasm-40. Yurak bukrisi

Yurak bukrisi yurak cho'qqisi old ko'krak devoriga urilishi natijasida hosil bo'ladi. Sog'lom odamda u V interkostal bo'shliqda chap medklavikulyar chiziqdan bir oz medial ravishda ko'rinadi.

Yurak sohasini palpatsiya qilish.

Yurak sohasini palpatsiya qilishda, birinchi navbatda apikal impulsning xususiyatlari baholanadi: a) lokalizatsiya; b) balandlik; c) maydon.

Apikal impulsni aniqlash uchun qo'lning kaftini bemorning ko'kragiga qo'lning asosini sternumga, barmoqlarini esa 4 va 7 qovurg'alar orasidagi qo'litiq osti qismiga qo'ying va birinchi falanjlar taxminan qo'litiq osti chizig'i darajasida joylashgan bo'lishi kerak. Keyin pulpa uchi ko'krak yuziga perpendikulyar ravishda joylashtirilgan uchta egilgan barmoqning falanjlari apikal impulsning o'mini belgilaydi, ularni qovurg'alararo bo'shliqlar bo'ylab yon tomonga, barmoqlar o'rtacha kuch bilan bosilganda yurak cho'qqisini ko'tarish harakatlarini his qila boshlaydi. Shundan so'ng, qo'l vertikal ravishda o'girilib, apikal impuls lokalizatsiyasi o'rnatiladi (42-rasm).



A



B

Rasm-41. Yurak uchi turtkisini aniqlash

Sog'lom odamda yurak choqqisi turtkisining xususiyatlari:

- a) *lokalizatsiya* - V qovurg'alararo bo'shliqda chap tomondan o'rta-o'mrov chiziqdan medial ravishda 1-1,5 sm;
- b) *maydoni* - odatda 2 sm²;
- в) *balandlik* - ko'krak devori tebranish amplitudasi, odatda 0,5 sm;
- r) *qarshilik* ko'krak qafasi devoriga chiqib turadigan kuch bilan aniqlanadi.



Rasm-42. Yurak turtkisini aniqlash.

Yurak urishi sternumdan chapdagi III-IV interkostal bo'shliqda va epigastral sohada aniqlanadi (43-rasm). U yurakning mutlaqo

tumtoqlashgan joyida butun kaft bilan seziladi (sternumning chap tomonidagi IV-V interkostal bo'shliq). Sog'lom odamda u yo'q.

Bemorlarda yurak impulsidan so'ng epigastral mintaqada transmissiya pulsatsiyasi aniqlanadi (44-rasm). Epigastral pulsatsiyani bemorning vertikal va gorizontal holatida aniqlash maqsadga muvofiqdir. Shifokor palpatsiya qilayotgan qo'lni epigastriumga barmoqlarning uchlari bilan oldingi o'rta chiziq bo'ylab xipoid sohaga yaqin joyda joylashtiradi va qorin aortasining uzatilish pulsatsiyasini aniqlaydi.



Rasm-43. Epigastral pulsatsiyasini aniqlash.

Qorin aortasining anevrizmasi, o'ng qorincha kattalashishi, jigarning transmissiya pulsatsiyasi. Diafragma ustida joylashgan yurak bir oz pastga tushganda, uni chuqur nafas balandligida aniqlash yaxshiroqdir.

Yuqori puls bosimi, gipertoniya, ba'zi yurak nuqsonlari, yurakning chap qorinchasining gipertrofiyasi bilan og'rikan bemorlarda bo'yin teshigidagi aorta kamarining uzatuvchi pulsatsiyasini aniqlash mumkin (45-rasm).

"Mushukning xirillashi" belgisi. Yurak sohasini palpatsiya qilishda ba'zida ko'krak qafasi devorining chayqalishi aniqlanishi mumkin, u mushukni silash paytida paydo bo'ladigan hissiyotlarni eslatadi. Ushbu hodisa Corvizar tomonidan nomlangan - "frémissement cataire" (mushukning purri). Frémissement cataire qonning yurak orqali fiziologik yo'nalishdagi harakatiga to'sqinlik qilganda paydo bo'ladi va

qon retrograd harakatanganda paydo bo'ladi. Sistolik va diastolik mushuk xirillashi ajratiladi. Diastolik "mushukcha purra" ni aniqlash uchun stetoskop yurak cho'qqisiga (mitral stenozda), sistolik - sternumning o'ng va chap tomonidagi II qovurg'alararo bo'shliqqa (mos ravishda aortal teshik va o'pka arteriyasi stenozida) qo'yiladi.



Rasm-11. Aorta yoyi pulsatsiyasini aniqlash

Yurakning perkussiyasi.

Perkussiya yurakning o'ng, yuqori va chap chegaralarini belgilaydi. Yurakning pastki chegarasi aniqlanmaydi!

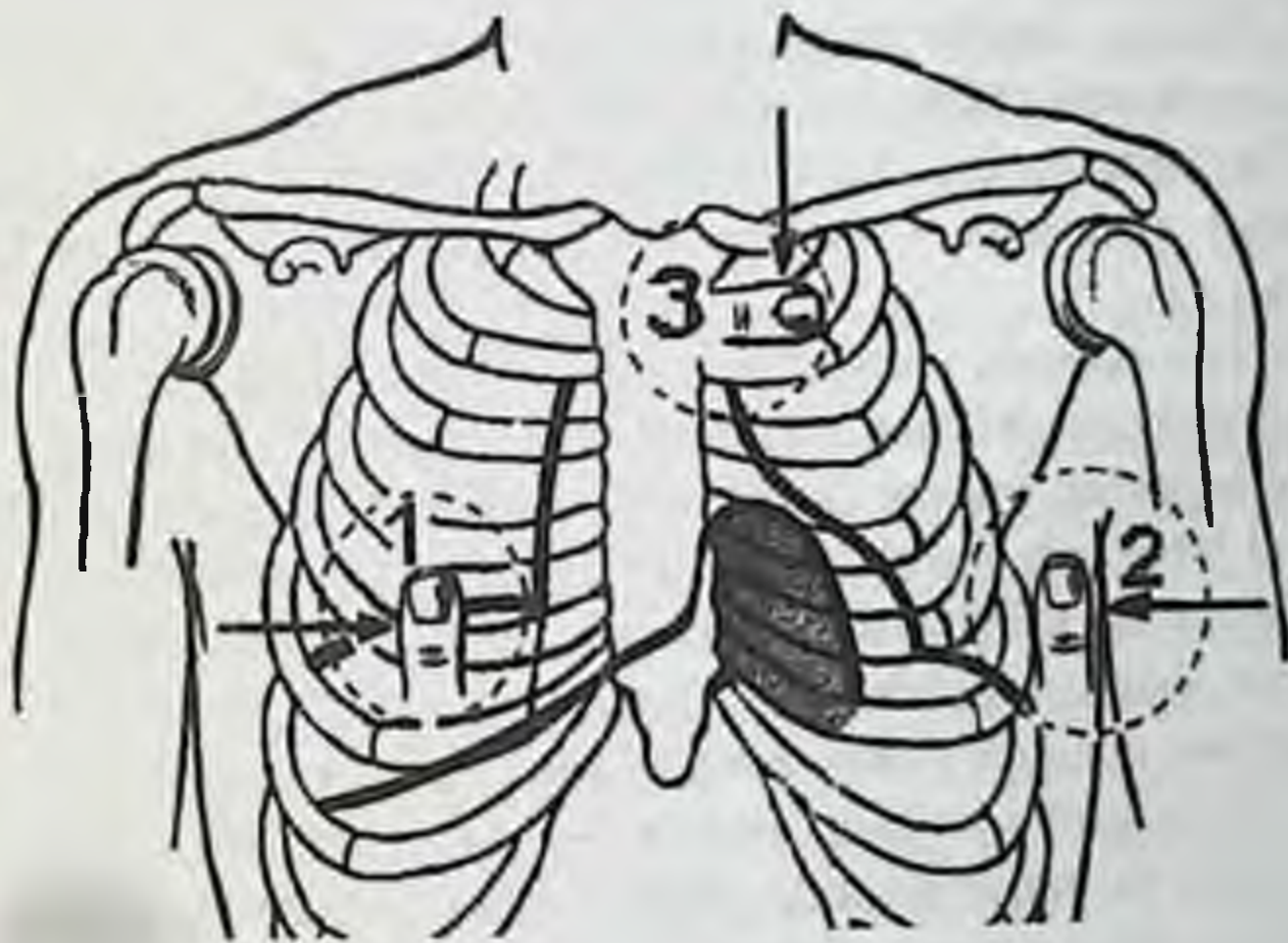
Yurak perkussiyasi uchun odatda o'rtacha barmoqdan barmoqqa perkussiya qo'llaniladi. Eng ko'p ishlatiladigan perkussiya Sokolskiy bo'yicha. Yurakning absolut tumtoqlashuvi chegaralarini belgilashda Pleschda barmog'i bilan Goldsheiderga ko'ra eng tinch perkussiya tez-tez ishlatiladi. Ba'zi klinitsistlar ayniqsa pediatrik amaliyotda, Obraztsov yoki Yanovskiya ko'ra perkussiyadan foydalanadilar.

Yurakning nisbiy tumtoqlik chegaralarini aniqlash.

Perkussiya bemorni tik holatida (turgan yoki stulda o'tirgan holda) tanani pastga tushirgan qo'llar bilan amalga oshiriladi. Og'ir bemorlarda perkussiya faqat gorizontol holatda amalga oshirilishi kerak. Perkussiya bemorning tinch nafas olishi bilan amalga oshiriladi. Bemorning

gorizontal holatida bemorning shifokori o'ng tomonda, tik holatida esa - uning qarshisida turadi.

Yurakning nisbiy tumtoqligi o'ng chegarasini aniqlash (46-rasm). Birinchidan, jigarning mutlaq tumtoqligining yuqori chegarasi (yoki o'ng o'pkaning pastki chegarasi) perkussiyada topiladi. Barmoq-plessimetr sternumdan o'ngdagi II qovurg'alararo oraliqda, qovurg'alarga parallel ravishda, o'rta-klavikulyar chiziq bo'ylab joylashtirilgan va barmoq-plessimetring holatini pastga qarab o'zgartirgan holda, tumtoqlik paydo bo'lguncha (o'pkaning pastki qirrasi yoki jigarning yuqori qirrasi) tortiladigan zarbalar qo'llaniladi. Sog'lom odamlarda V interkostal bo'shliq darajasida. Keyin barmoq-plessimetr jigar tumtoqligi ustida, ya'ni IV interkostal bo'shliqda bitta interkostal bo'shliqni qayta o'matiladi. Plessimetr barmog'ining holati vertikalga o'zgaradi - yurakning kutilgan chegarasiga parallel. O'ng media-klavikulyar chiziqdan o'pkadan yurakka, aniq perkussiya ovozi tumtoqlashgan ovozgacha o'zgarguncha perkussiya qilinadi. Barmoq ustida aniq o'pka ovozi tomondan teriga belgi qo'yilgan (46-rasmda u o'qcha bilan ko'rsatilgan).



Rasm-15. Yurakning nisbiy tumtoqlik chegarasini aniqlash.

Tumtoqlashgan tovushning ko'rinishi yurakning o'ng konturining eng uzoq nuqtasiga to'g'ri keladi. Sog'lom odamda yurakning nisbiy tumtoqligining o'ng chegarasi IV qovurg'alararo bo'shliqda sternumning

o'ng chetidan 1-1,5 sm tashqarida joylashgan bo'lib. o'ng bo'lmacha tomonidan hosil bo'ladi.

Yurakning nisbiy tumtoqlikning chap chegarasini aniqlash.

Yurakning chap konturining eng uzoq nuqtasi yurak uchi turtkisi bo'lib, u yurakning nisbiy *tumtoqlikning* chap chegarasiga to'g'ri keladi. Shuning uchun yurakning nisbiy *tumtoqlikning* chap chegarasini aniqlashni boshlashdan oldin apikal impulsni yo'riqnoma sifatida paypaslash kerak. Apikal impuls ko'rinmaydigan va sezilmaydigan holatlarda yurakning nisbiy *tumtoqlikning* chap chegarasini perkussiya usuli bilan aniqlash V va VI interkostal bo'shliqlar bo'ylab, chap old aksillar chizig'idan yurakka yo'nalishda amalga oshiriladi. Barmoq-plessimetr vertikal ravishda, ya'ni yurakning nisbiy *tumtoqlikning* chap chegarasiga parallel ravishda joylashtiriladi va tumtoqlik paydo bo'lguncha perkussiya qilinadi. Sog'lom odamda yurakning nisbiy *tumtoqlikning* chap chegarasi chap o'rta-klavikulyar chiziqdan medial 1-2 sm masofada V interkostal bo'shliqda joylashgan va yurakning chap qorinchasi tomonidan hosil qilingan.

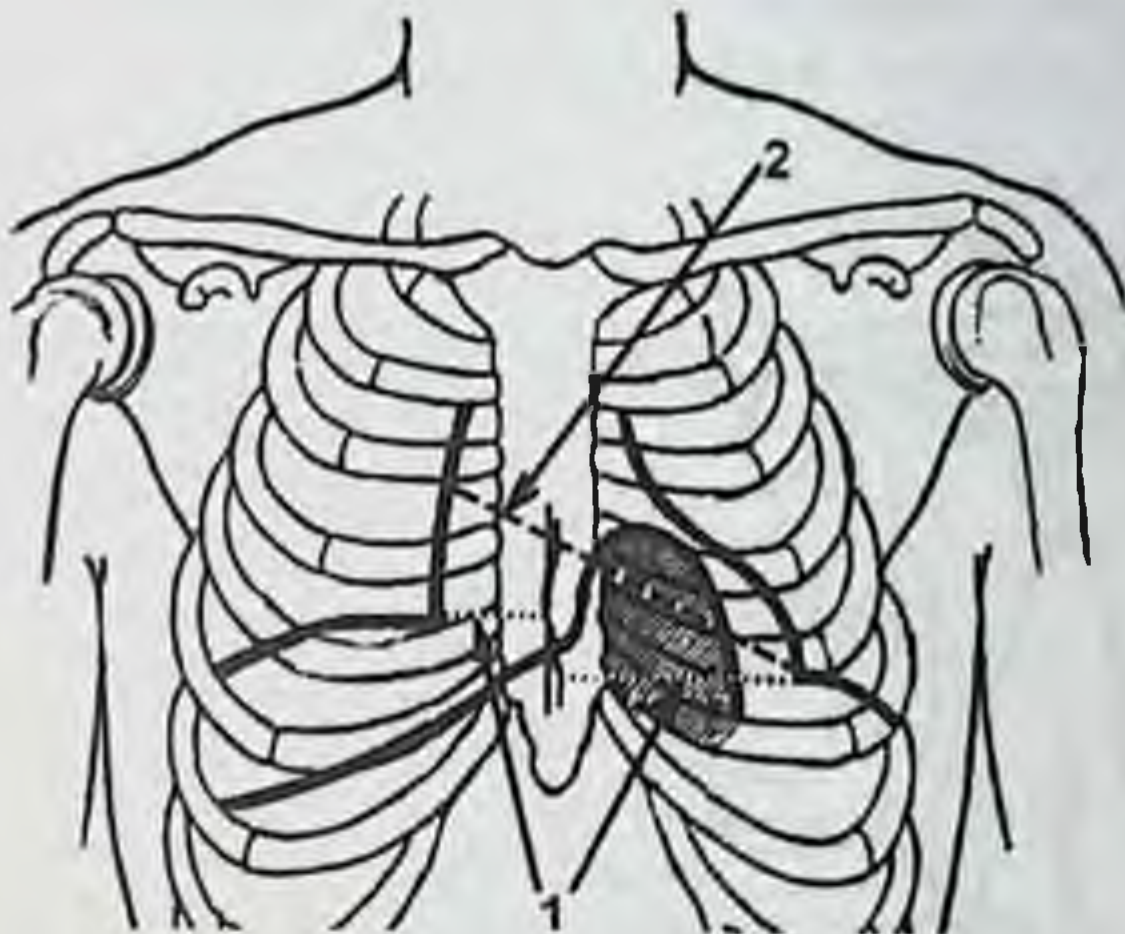
Yurakning nisbiy tumtoqligining yuqori chegarasini aniqlash chap parasternal chiziq bo'ylab (plessimeter barmog'ining gorizontol holati bilan sternumning chap chetidan 2 sm tashqariga qarab, I interkostal bo'shliqdan perkussiya tovushining tumtoqlashishi paydo bo'lguncha) aniqlanadi.

Sog'lom odamda yurakning nisbiy *tumtoqlikning* yuqori chegarasi III qovurg'aning pastki chetida yoki III interkostal bo'shliqda, asteniklarda - IV qovurg'aning yuqori chetida, bu asosan diafragma gumbazining balandligi bilan belgilanadi. O'pka arteriyasining boshlang'ich qismi va chap atrium qo'shimchasi yurakning nisbiy *tumtoqlikning* yuqori chegarasini shakllantirishda ishtirok etadi.

Sog'lom odamda nisbiy *tumtoqlikning* o'ng chegarasidan oldingi median chizig'igacha bo'lgan masofa 3-4 sm, chapdan esa 8-9 sm ni tashkil qiladi. Bu masofalarning yig'indisi (11-13 sm) yurakning nisbiy *tumtoqlikning* diametrining o'lchamidir (47-rasm).

Yurakning uzunligi - o'ng yurak-qon tomir burchagidan (yurak tumtoqlik chegarasi bilan 3 qovurg'aning pastki chetiga kesishish nuqtasi) yurak cho'qqisi chegarasiga (yurakning nisbatan *tumtoqlikning* chap chegarasi).

Sog'lom odamda yurakning uzunligi 13-15 sm



Rasm-16. Yurak nisbiy tumtoqligining ko'ndalangini (1) va uzunligini (2) aniqlash.

Yurakning konfiguratsiyasini aniqlash uchun perkussiya har bir interkostal bo'shliqda ketma-ket bajariladi: o'ngdan II dan IV gacha, chapdan II dan V gacha. Perkussiya paytida olingan nuqtalar bir-biriga tutashtiriladi.

Yurak konfiguratsiyasi turlari:

A) to'g'ri va uning turlari: tomchi shaklidagi (vertikal, astenik), "yotgan" (gorizontal, gipersteniklarda);

B) "mitral" (mitral qopqoq nuqsonlari bo'lgan bemorlarda). Bu yurakning chap bo'lmachaning kattalashishi bilan tavsiflanadi. Yurakning mitral konfiguratsiyasi bilan chap bo'lmachaning keskin o'sishi tufayli yurakning bel qismini tekislashi yoki hatto bo'rtib chiqishi kuzatiladi;

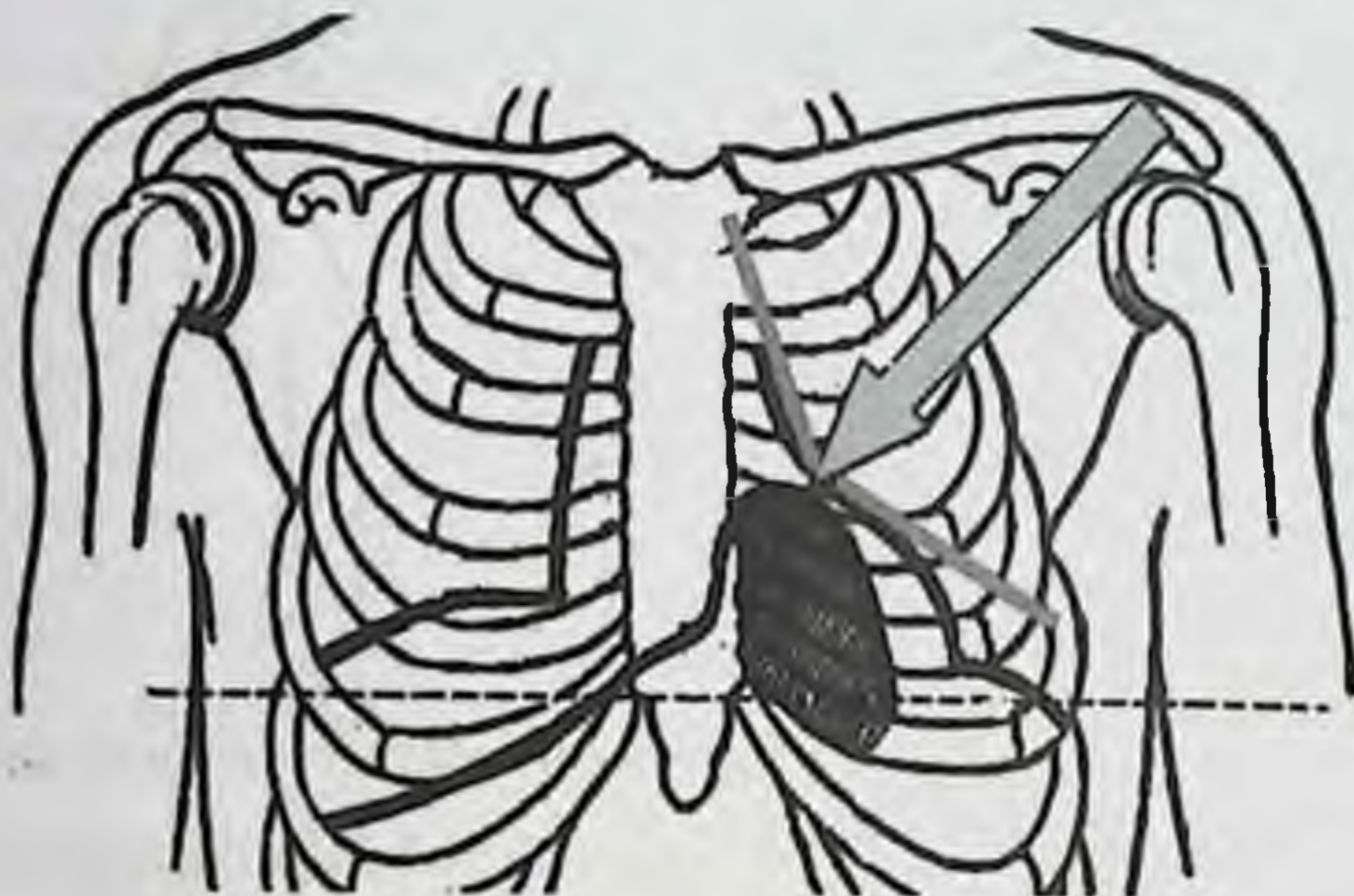
C) "aorta" (aorta qopqog'i nuqsonlari bo'lgan bemorlarda). Bu chap qorinchaning sezilarli, ajratilgan kattalashishi bilan tavsiflanadi. Shu bilan birga, yurakning beliga urg'u beriladi, uni tashkil etuvchi burchak to'g'ri chiziqqa yaqinlashadi. Yurakning tumtoqligi konfiguratsiyasi etikning shakli yoki o'tirgan o'rdakning pozasi bilan taqqoslanadi;

D) "trapezoidal" (uchburchak, ekssudativ perikarditli bemorlarda);

E) "ho'kiz yuragi" (sharsimon, yurakning barcha kameralarini kengaytirish).

Yurakning bel qismi tomirlar to'plami orasidagi burchakdir

Uning chap qorinchasi tomonidan shakllangan yurakning chap va chap konturi (45-rasm). Sog'lom odamlarda bu burchak 140 - 150 ° ga teng.



Rasm-47. Yurakning bel

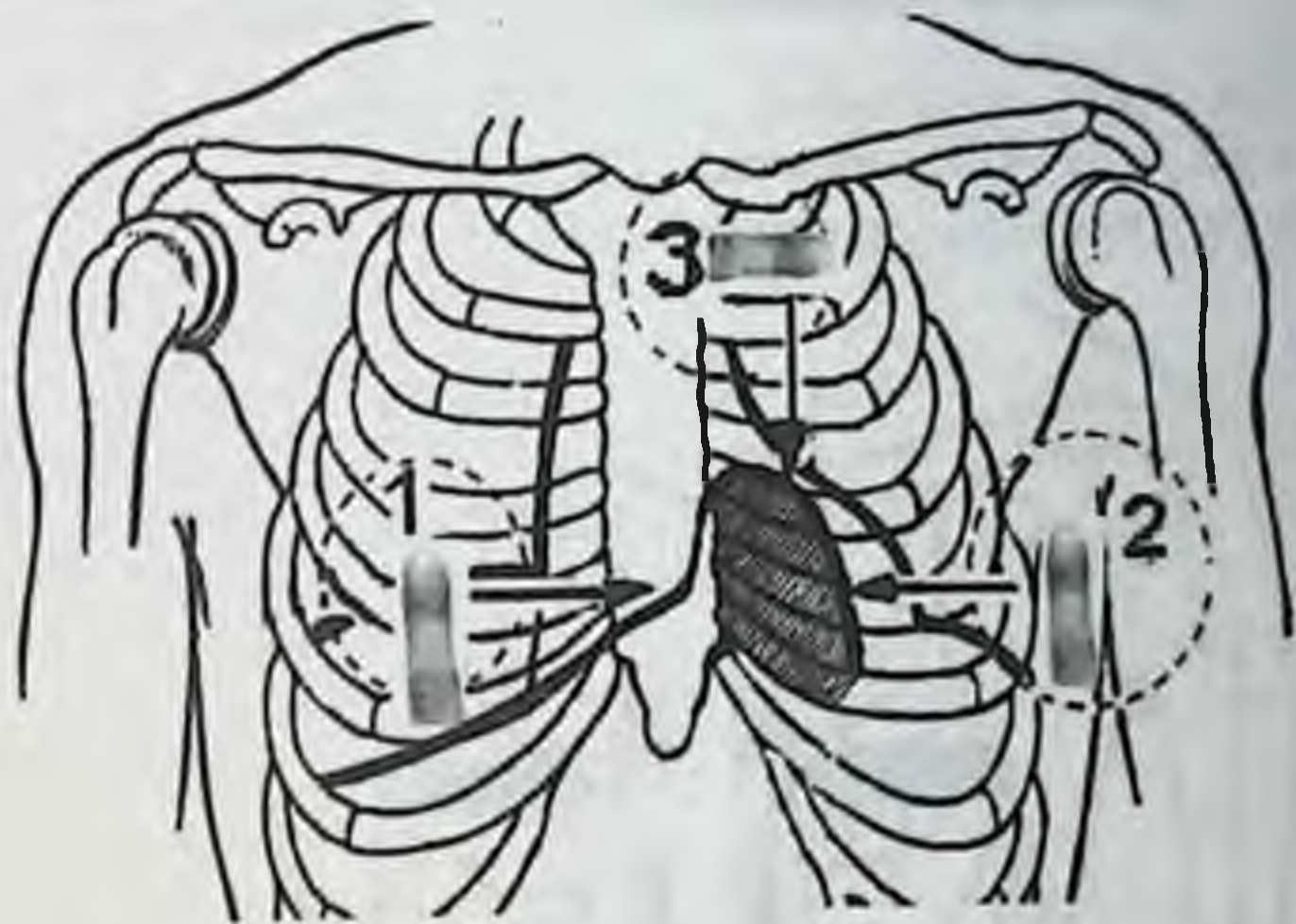
Yurakning mutlaq tumtoqlik chegaralarini aniqlash

Buni aniqlash uchun ular odatda Sokolskiyga ko'ra eng sokin zarbadan yoki Goldsheider usuli bo'yicha zarbdan barmoqlarini Pleschga qarab o'matadilar (48-rasm).

O'ng chegarani aniqlashda barmoq-plessimetr sternumning o'ng chetiga parallel ravishda yurakning nisbiy tumtoqligining o'ng chegarasiga qo'yiladi va ichkariga qarab harakatlanadi. Sog'lom odamda chegara sternumning chap chetidan o'tadi.

Yurakning absolyut tumtoqligining chap chegarasini aniqlashda barmoq-plessimetri chap chegarasiga qo'yiladi. Yurakning nisbiy tumtoqligi va ichkariga qarab harakatlanishi. Sog'lom odamda chegara V interkostal bo'shliqda, chap tumtoqlikdan 1,5-2 sm ichkariga kiradi.

Yurakning mutlaq tumtoqligining yuqori chegarasini aniqlash uchun plessimetr barmog'i yurakning nisbiy tumtoqligining yuqori chegarasiga qo'yilib, pastga perkussiya qilinadi. Sog'lom odamda u IV qovurg'aning yuqori chetida chap para-sternal chiziq bo'ylab joylashgan.



Rasm-18. Yurakning absolyut tumtoqligini aniqlash.



Rasm-49. Yurak absolyut tumtoqligini aniqlashning boshqa yo'li.

Mutlaq tumtoqlikni tezkor aniqlash mumkin - yurakning mutlaq tumtoqlikni markazidan (chap parasternal chiziq bo'ylab IV interkostal bo'shliq) yurakning nisbiy tumtoqlik chegaralariga perkussiya bilan (49-rasm). Bunday holda Goldsheider perkussiyasi qo'llaniladi.

Qon tomir to'plamining chegaralarini aniqlash.

Qon tomir to'plamining perkussiya bilan aniqlanishi, uning qirralarining o'ng va chap tomonidagi 2-chi interkostal bo'shliqda sternum tutqichi darajasida amalga oshiriladi (51-rasm).



Rasm-50. Qon tomir to'plamining chegaralarini aniqlash.

Barmoq plessimetri kutilgan tumtoqlikka parallel ravishda (vertikal ravishda) o'rta-klavikulyar chiziq bo'ylab 2-chi interkostal bo'shliqqa joylashtirilgan. Perkussiya paytida sokin zarbdan foydalaniladi. Plessimetr barmog'i asta-sekin sust tovush paydo bo'lguncha sternum tutqichining o'ng chetiga qarab 0,5 - 1 sm siljiydi. Keyin, xuddi shu tarzda, perkussiya chapda amalga oshiriladi va tomirlar to'plamining chap qirradi topiladi. Topilgan dadillik chegaralari orasidagi masofa santimetr lenta bilan o'lchanadi. Odatda tomirlar to'plamining kengligi 4 - 5 sm.ni tashkil qiladi. Odatda tomirlar to'plamidan perkussiya tovushining tumtoqlashishi faqat sternumning o'zida olinadi. Aorta va / yoki o'pka arteriyasining kengayishi bilan perkussiya tovushining tumtoqlashishi sternum konturidan tashqariga chiqadi.

Yurak auskultatsiyasi.

Yurak auskultatsiyasini o'tkazishda quyidagi qoidalarga rioya qilinadi:

1. Shifokorning pozitsiyasi bemorning o'ng tomonida yoki uning oldida yaxshiroqdir, bu esa barcha kerakli auskultatsiya nuqtalarini erkin eshitish imkonini beradi.

2. Bemorning holati: a) vertikal; b) gorizontal, orqa tomonda yotgan; v) chapda, ba'zan o'ng tomonda.

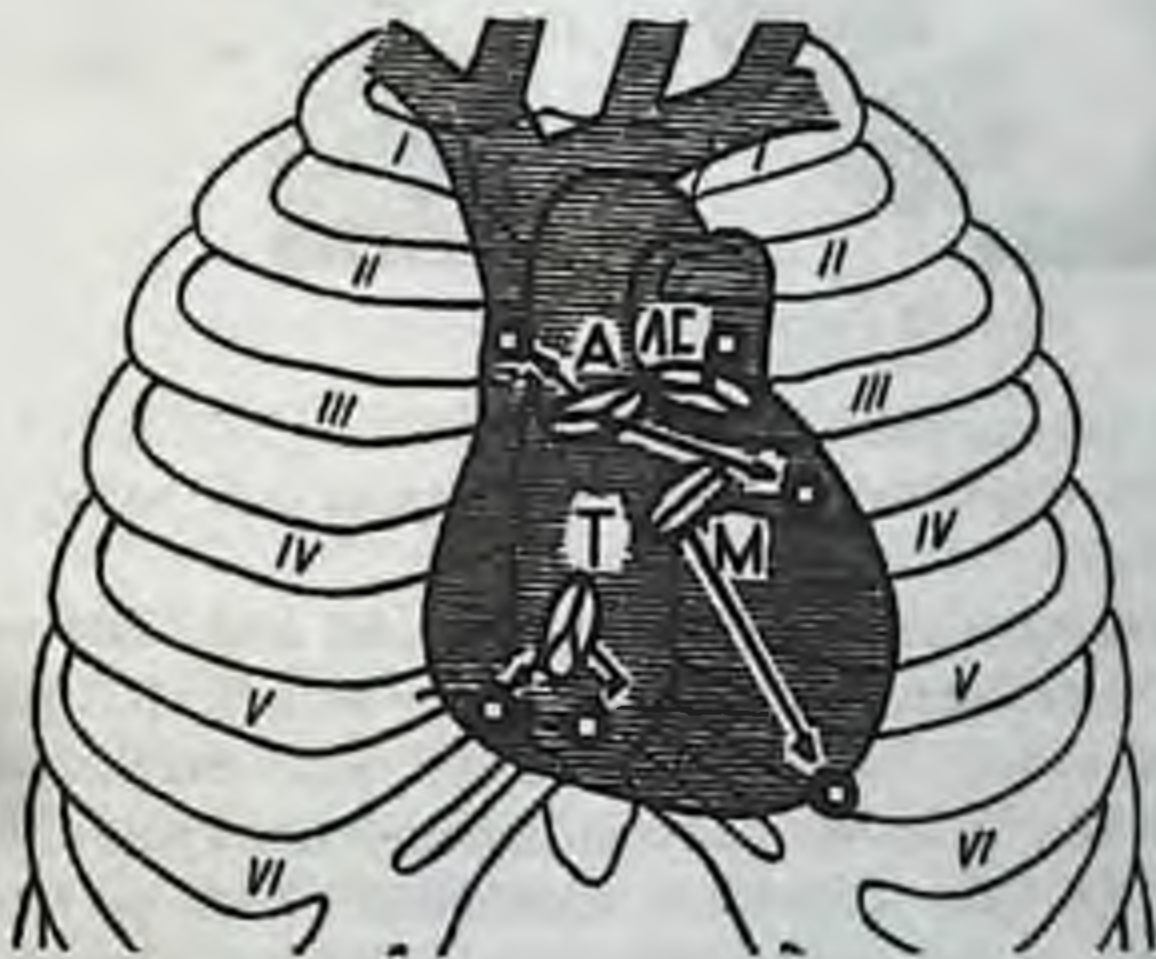
3. Yurakni auskultatsiya qilishning ba'zi usullari qo'llaniladi:

a) nafas olishning turli bosqichlarida eshitish, shuningdek maksimal nafas olish yoki nafas olgandan keyin nafasni ushlab turish, b) dozalangan fizikal zo'riqishdan keyin eshitish, agar bemorning ahvoriga imkon bersa.

Yurak klapanlari auskultatsiyasi sohalari: mitral qopqoq yurak cho'qqisida, trikuspid qopqoq - xifoid soha asosida, aorta - sternumning o'ng chetida II interkostal bo'shliq va sternumning chap chetida III qovurg'alararo bo'shliq (Botkin-Erb nuqtasi), o'pka qopqog'i - II qovurg'ada sternumning qirralari (52-rasm).

"Sakkizta" qoidasi: 1. Mitral qopqoq; 2. Aorta qopqog'i; 3. O'pka qopqog'i; 4. Trikuspid qopqog'i; 5. Botkin-Erb nuqtasidagi aorta qopqog'i

"Doira" qoidasi: 1. Mitral qopqoq; 2. Trikuspid qopqog'i; 3. Aorta qopqog'i; 4. O'pka arteriyasi klapani; 5. Botkin-Erb nuqtasida aorta qopqog'i



Rasm-51. Yurak auskultatsiya nuqtalari

Pulsni o'rganish

Pulsning palpatsiyasi radial, karotid, temporal, femoral, tizza osti arteriya va oyoq dorsal arteriyasida amalga oshirilishi mumkin. Radial arteriyani paypaslashda tekshiriluvchining qo'llari bilak qo'shma sohasi bilan qoplanadi va tomirlarni sezib, 2-3 barmoq bilan bosiladi (53-rasm). Birinchidan, tadqiqotlar qo'llar ikkalasida ham olib boriladi pulsning simmetriyasini aniqlash uchun. Teng bo'lmagan puls lumenning torayishi yoki arteriyalarning birida joylashgan anomaliya bilan yoki subklavian arteriyani aorta anevrizmasi, o'sma, kengaygan limfa tugunlari bilan siqib chiqarganda bo'lishi mumkin.



Rasm-52. Pulsni radialis arteriyasida aniqlash.

Ikkala qo'lning pulsini taqqoslagandan so'ng, bir tomondan uning xususiyatlarini o'rganishga kirishish kerak (agar puls boshqacha bo'lsa, kattaroq bo'lsa).

Pulsning ritmi yurakning chap qorincha ishi bilan aniqlanadi. Ritm to'g'ri (muntazam, ritmik) va tartibsiz (aritmik) bo'lishi mumkin. Ekstrasistola, atriyal fibrilatsiya, 2-darajali atrioventrikulyar blokada tartibsiz puls ritmi kuzatiladi. Nafas olish aritmiyasida puls nafas olganda tezlashtiradi va nafas chiqarishda sekinlashadi. Nafas olish paytida yopishqoq va quruq perikarditda puls to'lqinlari deyarli butunlay yo'qoladi - paradoksal puls.

Sog'lom odamda puls tezligi yurak urish tezligiga teng (daqiqada 60-90ta). Taxikardiyada yurak urishi daqiqada 90 dan ortiq, bradikardiyada daqiqada 60 dan kam. Pulsning tezligi 1 daqiqa (aritmiyada) va 30 soniya davomida to'g'ri ritmda hisoblanadi. Ikkinchi holatda, natija ikkiga ko'paytiriladi.

Bo'lmachalar fibrilatsiyasi, ekstrasistolada chap qorincha tomonidan aortaga chiqarilgan qon miqdori shunchalik kichik bo'lishi mumkinki, individual puls to'lqinlari atrofga etib bormaydi. Yurak urishi va puls to'lqinlari o'rtasidagi farq puls etishmovchiligi deb ataladi. Buni bir vaqtning o'zida ikkita tekshiruvchi amalga oshirsa yaxshi bo'ladi. Ammo, amalda, bitta tibbiyot xodimi bemor bilan ishlaganda, bir daqiqada yurak urishi sonini, so'ngra puls to'lqinlari sonini hisoblashi mumkin.

Pulsning kuchlanishi sistolik qon bosimining qiymatiga bog'liq va arteriya puls tebranishlari yo'qolishi uchun uni bosish zarur bo'lgan kuch bilan aniqlanadi. Qattiq zarba arterial devorning gipertoniya va skleroziga xosdir. Yumshoq puls arterial gipotenziya tufayli qon tomir devorining pasaygan ohangini bildiradi.

Pulsning to'liqligi yurakning chap qorinchasi tomonidan aortaga chiqarilgan qon miqdoriga bog'liq. Aritmiya va gipotenziya uchun yaxshi (to'liq) va yomon (bo'sh) bo'lishi mumkin.

Pulsning kattaligi uning tarangligi va to'ldirilishi bilan belgilanadi va sistola paytida arteriya kengayish darajasiga, shuningdek diastola paytida qisqarishiga bog'liq.

Qonning zarba hajmining oshishi bilan arteriyada bosimning katta tebranishi, arterial devor tonusining pasayishi bilan puls to'lqinlarining kattaligi oshadi. Bunday yurak urishi katta yoki yuqori deb ataladi (aorta qopqog'i etishmovchiligi, tirotoksikoz bilan). Qonning qon tomirlari hajmining pasayishi, arteriyadagi bosimning ozgina tebranishi, tomirlar devorining ohangining oshishi bilan puls qiymati pasayadi va u kichik (past) bo'ladi - aorta teshigining stenozini, chap atrioventrikulyar teshikning torayishida. Kichkina yumshoq pulsni aniqlash qiyin (ipsimon) qon yo'qotish, o'tkir yurak va qon tomirlari etishmovchiligi bilan qayd etiladi. Jiddiy miokard shikastlanishida katta va kichik puls to'lqinlarining almashinuvi mumkin - intervalgacha (o'zgaruvchan) puls.

Pulsning shakli sistola va diastola paytida arterial tizimda bosimning o'zgarishi tezligiga bog'liq. Agar puls to'lqini tez ko'tarilib tushsa, puls tez, tez, sakrab, baland (aorta qopqog'i etishmovchiligi bilan).

Sekin puls, puls to'lqini sekin ko'tarilib tushganda, aorta teshigining torayishiga (stenozigaga) xosdir. Agar radial arteriyaning puls kengayishidan so'ng uning ikkinchi engil kengayishi sezilsa, u holda ular dikrotik puls (isitma, yuqumli kasalliklar bilan tomirlar tonusining pasayishi) haqida gapirishadi.

Qon bosimini o'lchash

Qon bosimi (QB) o'tirish, yotish va tik turish paytida o'lchanishi mumkin, ammo tonometr manjetining o'rtasi yurak darajasida bo'lishi kerak. Qon bosimini o'tirgan holatda o'lchashda bemorning qo'lini stol ustiga bimalol qo'yish kerak. Agar stolning balandligi etarli bo'lmasa, qo'lni ushlab turishdan foydalaning. Qon bosimini tik turgan holatda o'lchash uchun siz maxsus to'xtash sohalari ishlatishingiz kerak yoki qo'l tirsak joyida tirgab turiladi. Bemorning birinchi tashrifi paytida ikkala qo'lning bosimini o'lchash kerak. Qachon barqaror assimetriya, barcha keyingi o'lchovlar yuqori raqamlar bilan qo'lda amalga oshiriladi.

Manjet pnevmatik kameraning o'rta qismi arteriya proektsiyasidan yuqori bo'lishi uchun elkaga qo'llaniladi. Ikkita barmoq manjet va yelka yuzasi orasiga joylashishi kerak, uning pastki qirrasi kubital chuqurchadan 2,5 sm balandlikda bo'lishi kerak. Qalin kiyimlar ustidan manjet qilmang yoki yengingizni o'ramang. Stetofonendoskop manjetning pastki chetida brakial arteriya proektsiyasi ustidan (palpatsiya bilan aniqlanadi) teriga bosimsiz o'rnatiladi. Havo manjetga tushirilganda, manometr ko'rsatkichlari arterial pulsatsiyani to'xtatish vaqtida qayd etiladi, chunki sistolik qon bosimining taxminiy qiymati, undan keyin siqish yana 30 mm davom etadi. Manjetdagi havo bosimining pasayish tezligi bir soniyada 2-3 mm sim ust. bo'lishi kerak. Birinchi tonning ko'rinishi sistolik qon bosimiga, ohanglarning yo'qolish momenti diastolik qon bosimiga to'g'ri keladi.

Qon bosimini takroriy o'lchash kamida 2 minut oralig'ida amalga oshiriladi. Agar dastlabki ikkita qon bosimi ko'rsatkichi 5 mm.sim.ust. dan oshmasa farq qiladi. O'rtacha qiymat qon bosimi darajasi sifatida qabul qilinadi. Agar farq 5 mm.sim.ust.dan oshsa, uchinchi o'lchov amalga oshiriladi va o'rtacha qiymat hisoblanadi.

OVQAT HAZM QILISH TIZIMINI O'RGANISH

Ovqat hazm qilish tizimini ob'ektiv o'rganish og'iz bo'shlig'ini tekshirishdan boshlanadi: tishlarning mavjudligi va holati; til hajmining oshishi, undagi tishlarning izlari, tilda blyashka borligi, papillar qatlamining holati va tilning rangi, uning quruqligi. Og'iz shilliq qavatini tekshirganda oshqozon yarasi, aftalar, qon ketishlar, shuningdek og'iz burchaklaridagi yoriqlar (burchakli stomatit), shilliq qavatning rangparligi: anemiyadan oqarish, tilning pastki yuzasi va sariqlik bilan qattiq tanglayning sarg'ayishi, shilliq qavatning giperemiyasi va u bilan birga aftaning borligi stomatit e'tiborga olinishi kerak. Tish mushagining holati ham qayd etiladi (bo'shashgan, qonayotgan). Keyin qorin bo'shlig'ini fizikal tekshirishga o'ting.

Qorin bo'shlig'i a'zolarini (fizikal) tekshirish tartibi.

1. Qorin bo'shlig'ini vertikal va gorizontal holatlarda tekshirish;
2. Qorin bo'shlig'ini yuzaki (taxminiy) palpatsiya qilish;
3. Zaxaryin-Ged teri giperesteziyasi zonalarini aniqlash;
4. Qorinni indikativ perkussiya qilish;
5. Qorin bo'shlig'ini auskultatsiya qilish;
6. Obrastsov-Strazheskoga ko'ra qorinni chuqur, sirpanish, topografik, uslubiy palpatsiya qilish;
7. Oshqozonni tekshirish;
8. Pankreasni tekshirish
9. Jigarni tekshirish;
10. O't pufagini tekshirish;
11. Taloqni tekshirish;
12. To'g'ri ichakni raqamli tekshirish.

Qorin sohasini ko'rish.

Qorin bo'shlig'ini tekshirish bemorning vertikal va gorizontal holatlarida amalga oshiriladi. Shu bilan birga, ular quyidagilarni baholaydilar:

A) *terining holati*: sarg'ishlik, rangparlik, siyanoz. Qon ketishlar, o'rgimchak tomirlari (tananing yuqori qismida aniqlanadi), "jigar kaftlari va oyoqlari" (peshob va gipotenarda qizarish),

qo'ltiqdagi soch to'kilishi, erkaklarda ayol tusli sochlar o'sishi, ginekomastiya.

B) qorinning shakli.

C) Qorin bo'shlig'ining nafas olish harakatlarida ishtirok etishi. Nafas olish paytida qorin devorining harakatsizligi umumiy diffuz peritonitning eng muhim belgisidir, mahalliy lokal cheklov periviserit rivojlanishi, yoki mahalliy peritonit paydo bo'lishi bilan bog'liq.

D) Bir xil va bir tekis bo'lmagan protrusionlar yoki tortishishlarning mavjudligi.

Bir xil protrusion (qorin hajmining kattalashishi) giperstenikada, semirish bilan, meteorizm bilan va qorin bo'shlig'ida bo'sh suyuqlik (astsit) mavjudligida kuzatiladi. Astsitlarda qorin bo'shlig'ining bir tekis ko'payishi bilan birga, bemor tik holatida bo'lganida, ko'pincha kindikning chiqib ketishi kuzatiladi va gorizontal holatda kindik atrofi tekislanib, qorin yonboshlari chiqib turadi ("qurbaqa" qorin).

Notekis protrusion paydo bo'ladi: a) a'zolarning sezilarli darajada kattalashishi bilan (jigar, taloq, siydik pufagi va boshqalar); b) qorin bo'shlig'ida katta o'smalar va kistalar bilan.

Bir xil tortib olingan qorin bemor tik turganida paydo bo'ladi



Rasm-53. Qorin terisi ustida striyalar

E) Qorin terisida chandiqlar va cho'ziluvchan izlarning mavjudligi. Stretch belgilari - ko'pincha qorinning lateral yuzalarida oqish yoki

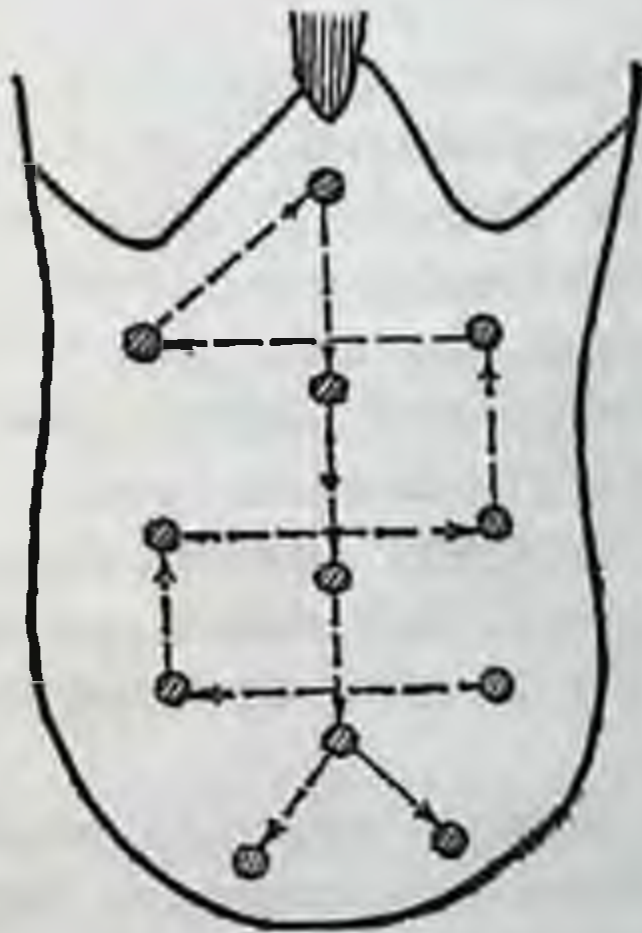
qizg'ish chiziqlar shaklida cho'zilgan, semirib ketgan, astsitli, endokrin a'zolar kasalliklari bo'lgan, masalan, kasallik va Itsenko Kushing sindromi bilan og'rikan ayollarda uchraydi. Tibbiy ma'lumotnomada qorin terisidagi izlarni qayd etish kerak. Chandiq paydo bo'lishining sababini (agar ma'lum bo'lsa) ko'rsatish kerak (operatsiyadan keyingi, o'q otish yoki pichoq bilan yaralanganidan keyin va boshqalar). Chandiqning shakli, o'lchami, rangi baholanadi.

E) Safen venalarning kengayishi va dimlanishi ("meduza boshi") darvoza tomirida qon aylanishiga to'siq bo'lganda (jigar sirrozida, o'sma bilan siqilganida yoki portal venaning kengaygan limfa tugunlarida) paydo bo'ladi.

G) Tekshiruvda quyidagilarni aniqlash mumkin: churralar o'simtalari.

H) Ba'zan bemorni tekshirish paytida kuchaytirilgan ichak peristaltikasini aniqlash mumkin.

Qorin bo'shlig'ini yuzaki (taxminiy) palpatsiya qilish



Rasm-54. Qorin boshligi yuzaki (taxminiy) palpatsiya qilish

F.O. Gausmanga ko'ra qorin bo'shlig'ini taxminiy yuzaki palpatsiya qilishda. bemor chalqancha yotadi, oyoqlari va qo'llari tana bo'ylab cho'ziladi. Qorin mushaklarini haddan tashqari kuchaytirmaslik uchun bemorning boshi past yostiqa qo'yladi.

Uning nafasi qorin bo'shlig'i ishtirokida xotirjam bo'lishi kerak, bu esa qorin old devorini yaxshiroq bo'shatishga imkon beradi. Shifokor o'ng tomonidagi bemorning karavoti yonidagi stulga o'tiradi (shifokorning tos suyagi bemorning tos suyagi darajasida). Shifokor savol beradi: "Qaerda og'riyapti?" va palpatsiya og'riqdan uzoqroq bo'lgan qorin bilan boshlanadi. Agar biror joyda og'riq bo'lmasa, palpatsiya chap yonbosh mintaqasidan boshlanadi (55-rasm). Shifokorning o'ng qo'lining kafti bemorning qorniga tekis qilib qo'yiladi va palpatsiya 2, 3 va 4-barmoq uchlari bilan, qorin bo'shlig'iga sekin bosiladi. Keyin hisni taqqoslab, qo'l o'ng yonbosh mintaqasiga o'tkaziladi. Va shunday qilib, kosta kamariga ko'tarilib, mushaklarning ohangini va og'rig'ini taqqoslab, o'ngdan chapga qorinning nosimmetrik qismlarini palpatsiya qilinadi.

Tekshirish paytida shifokorning vazifalari:

1. mahalliy va umumiy og'riqni aniqlash;
2. qorin devorining mahalliy mushak tarangligini aniqlash (defans);
3. yuzaki palpatsiya shakllanishini aniqlash (churra o'simtalari, a'zolarning sezilarli kattalashishi, yuzaki joylashgan o'smalar).

Qorin old devori mushaklarining taranglashishi peritonit rivojlanish ehtimolini ko'rsatadi.

Agar peritonitga shubha qilingan bo'lsa, Shchetkin-Blumberg simptomini qo'shimcha aniqlash kerak. U quyidagicha amalga oshiriladi: shifokor asta-sekin va ehtiyotkorlik bilan qorin old devorining mushaklarining buzilishi sohasidagi qorinni bosib, so'ngra qo'lni to'satdan qorin bo'shlig'idan chiqaradi. Agar qo'lni qorin bo'shlig'idan olish paytida maksimal og'riq paydo bo'lsa, unda simptom ijobiy hisoblanadi va qorin parda tirnash xususiyati to'g'risida dalolat beradi.

Qorin bo'shlig'i va kindik churrasi chizig'ini aniqlash uchun bemorga boshini yostiqdan ko'tarib, shunday ushlab turishi so'raladi. Bu vaqtda shifokorning qo'li qorinning oq chizig'ini va kindik halqasini paypaslaydi.

Boshqa, kamroq tarqalgan palpatsiya texnikasi mavjud. Og'riq bo'lmasa, bemorning fikriga ko'ra, palpatsiya chapdan boshlab qorinni ozgina bosish orqali amalga oshiriladi.

Yonbosh sohasi soat sohasi farqli o'laroq o'ng yonbosh sohasiga, so'ngra xipoid jarayonidan suprapubik mintaqaga (qorin va kindik halqasining oq chizig'i holatini baholash). Qorin og'rig'i bo'lsa, palpatsiya qarshi tomondan boshlanadi.

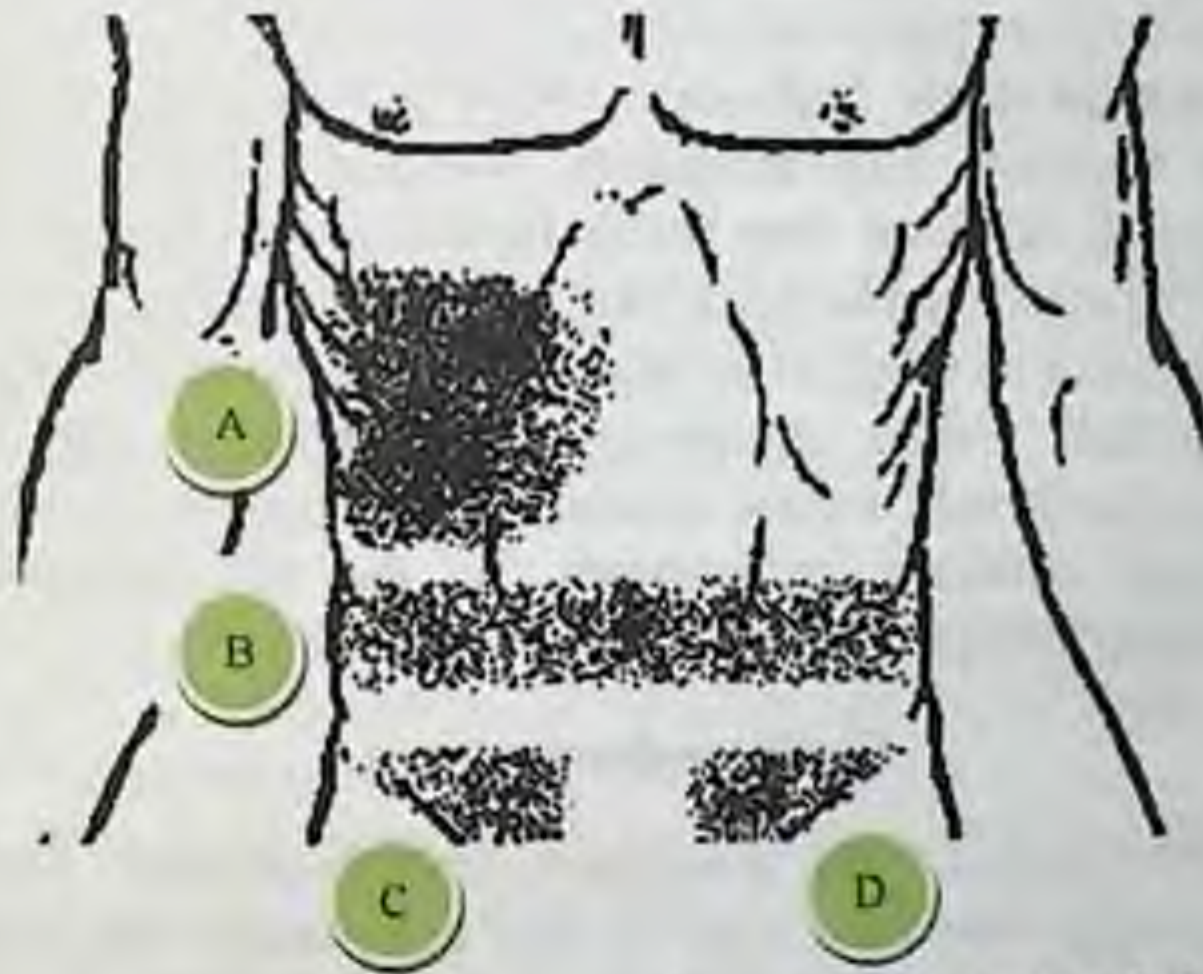
Zaxaryin-Ged teri giperesteziyasi zonalarini aniqlash.

Teri giperesteziyasi sohalarini aniqlashda ikkita usul qo'llaniladi:

1. Igna yordamida: igna bilan qorin devorining nosimmetrik sohalarida juda engil tekkiziladi va bemorga hissiyotlarni taqqoslash so'raladi. Sensitivlik yuqori bo'lgan joyda giperaljeziya zonasi mavjud (bu usul nevrologiyada qo'llaniladi).

2. Teri burmasining usuli (teri burmasini bemor tanasining old va orqa yuzalarida nosimmetrik sohalarida aylantirish). Bemorga hissiyotlarni taqqoslash so'raladi. Ta'sirchanlik yuqori bo'lgan joyda giperesteziya zonasi mavjud.

Ovqat hazm qilish tizimining ko'plab kasalliklarida teri giperesteziyasi zonalari mavjud: xolestsistit (o'ng hipokondriyum va o'ng skapula sohasi), pankreatit (chapdagi o'xshash sohalar), tiflit (o'ng yonbosh sohasi), sigmoidit (chap yonbosh mintaqasi) (56-rasm).



Rasm-55. Oshqozon -ichak kasalliklarida teri sezuvchanlik sohalarini: A - xolesistitda, B - pankreatitda, C - tiflitda, D - sigmoiditda

Qorin perkussiyasi.

Indikativ qorin perkussiyasining maqsadi qorin bo'shlig'idagi bo'sh yoki yopiq suyuqlikni aniqlashdir. Qorin bo'shlig'ining perkussiyasi avval bemorning tik holatida amalga oshiriladi. Barmoq plessimetri gorizontol ravishda (tik turgan bemorda astitik suyuqlik darajasi gorizontol holatda)

xipoid jarayonidan bir oz pastroqda joylashgan va perkussiya paytida yuqoridan pastgacha uchta chiziq bo'ylab harakatlanadi: qorinning o'rta chizig'i va ikkala tomonning mediaklavikulyar chiziqlari bo'ylab. Ichak timpanitidan zerikarli tovushga o'tishda belgi qo'yiladi. Agar uchta belgi bir xil gorizontaal chiziqda bo'lsa, biz qorin bo'shlig'ida suyuqlik borligi va uning darajasi haqida gaplashamiz. Ushbu usul hatto kichik miqdordagi suyuqlikni ham aniqlay oladi.

Keyin perkussiya bemorning gorizontaal holatida amalga oshiriladi. Perkussiya o'rta chiziqdan (kindikdan) lateral qanotlarga qadar amalga oshiriladi. Terida ichak timpanitidan xiralashgan tovushga o'tish qayd etilgan. Keyin, shifokorning barmog'ini timpanik o'tishning aniqlangan chegarasidan tumtoqlashgan ovozga ko'tarnasdan, bemorni qarama-qarshi tomonga burib, perkussiya davom ettiriladi. Qorin bo'shlig'ida suyuqlik bo'lsa, u pastga oqib chiqadi va ichak qovuzloqlari suzadi va sust ovoz o'rniga timpanit paydo bo'ladi.

Dalgalanish usuli. Perkussiya natijalarini tasdiqlash uchun qorin bo'shlig'ida suyuqlik ko'p bo'lganda ishlatiladi. Bemor uning orqa tomonida yotadi. Shifokor chap kaftini bemorning qorin yuziga mahkam qo'yadi va o'ng qo'li bilan keskin keskin zarbalar beradi - qarshi tomondan itarish. Agar qorin bo'shlig'ida suyuqlik bo'lsa, bu zarbalar chap qo'l bilan to'lqinda seziladi. Ushbu zarbalarning qorin devoriga o'tishini istisno qilish uchun yordamchi kaftini bemorning oshqozonidagi oldingi o'rta chiziq bo'ylab mahkam joylashtiradi, bu esa to'lqinning palpatsiya qilayotgan chap qo'lga o'tishini bartaraf etadi.

Qorin auskultatsiyasi.

Sog'lom odamda davriy ichak peristaltikasi eshitiladi. Auskultatsiya 5 nuqtada amalga oshiriladi: o'ng va chap gipoxondriyada, o'ng va chap yonbosh sohalarida, kindik mintaqasida. Peritonit bilan, ehtimol ichak peristaltikasining etishmasligi va to'liq sukunat. Meteorizm va ichak tutilishi bilan (to'siq darajasidan yuqori) peristaltikaning ko'payishi aniqlanadi.

Kindik halqasida portal gipertenziya bo'lsa, qonning kindik venalarining ochilgan kollaterallari orqali qorin old devorining safen venalariga harakatlanishi natijasida paydo bo'lgan yumshoq Kruvelyer-Baumgarten shovqini eshitiladi.

V.P. Obrastsov va N.D. Strajeskoga ko'ra chuqur, sirpanish, topografik palpatsiya.

Qorin bo'shlig'i a'zolarini chuqur siljish bilan palpatsiya qilishning maqsadi - ularning joylashishini, hajmini, harakatchanligini (atrofdagi to'qimalarga osongina siljiydi yoki payvandlanadi), og'riqni, zichlikni, sirt holatini (silliq yoki notekis), borligini yoki yo'qligini, masalan palpatsiya paytida gumburlashni aniqlashdan iborat. Ro'yxatda keltirilgan mezonlar shifokorga tekshirilayotgan organdagi patologik jarayonning borligi yoki yo'qligi to'g'risida xulosa qilishga imkon beradi.

Ushbu palpatsiya to'rt elementni o'z ichiga oladi:

1. shifokorning qo'llarini palpatsiya qilinayotgan organ o'qiga yoki uning chetiga perpendikulyar qilib qo'yish;
2. palpatsiya qiluvchi qo'lning keyingi erkin harakatlanishi uchun terining siljishi va terining burmasi hosil bo'lishi;
3. bemorning ekshalatsiyasi paytida qorinni orqa devoriga yoki paypaslanadigan organga qo'lni aniq asta-sekin cho'mdirish;
4. palpatsiya qilinayotgan organ o'qiga perpendikulyar yo'nalishda barmoq uchlari bilan siljish.

Qorin bo'shlig'i a'zolari topografiyasiga muvofiq palpatsiya qiluvchi qo'lning holati F.O. Gausmann bo'yicha ko'rsatilgan. (56-rasm).

Ichaklar palpatsiyasi.

Palpatsiya tartibi:

1. Sigmoid yo'g'on ichak - chap yonbosh sohasidagi odamlarning 90-95 foizida 20-25 sm davomida qalinligi 1,5-2 sm bo'lgan silliq zich silindr shaklida paypaslanadi.

O'ng qo'lning bir oz egilgan to'rtta barmog'i bilan birlashtirilib yoki kichkina barmoqning tirsak qirrasini bilan bajariladi. Barmoqlar bo'ylama ichakka parallel ravishda kindik va oldingi yuqori yonbosh umurtqa pog'onasini bog'laydigan chiziqning o'rta va tashqi uchdan biriga o'rnatiladi. Ular bemordan nafas olishni so'rashadi va shu vaqtda terini kindik tomon siljitib, teri burmasi hosil bo'ladi. Bemorni nafas chiqarishi paytida barmoqlar qorin bo'shlig'iga botiriladi va qorin orqa devoriga etib borgan holda, u bilan birga sigmasimon yo'g'on ichak bo'ylab siljiyib, oldingi yuqori yonbosh orqa miya tomon siljiydi. Shu bilan birga, ichakning qalinligi, tutarliligi, tabiati, og'rig'i, peristaltikasi,

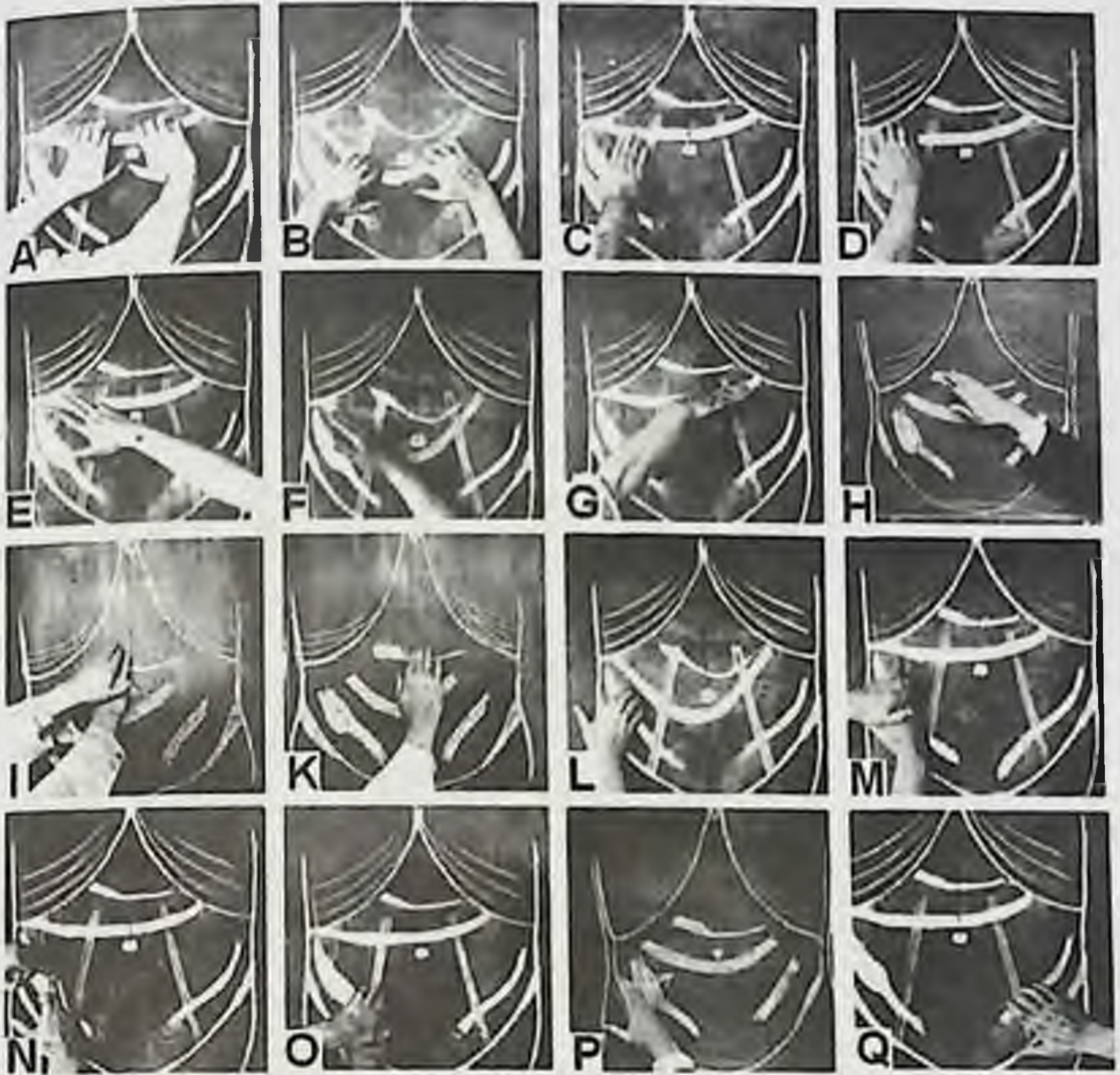
harakatchanligi va gumburlashi aniqlanadi. Odatda u 3-5 sm gacha siljiydi, og'riqsiz, xirillashmaydi.

2. *Ko'ndalang chamber ichakning pastga tushuvchi qismi.* Bimanual palpatsiya bilan ishlatiladi. Palmar yuzasi bilan chap qo'lning Kaft pastki orqa tomonning o'ng yarmi ostiga qo'yilib, palpatsiya qilingan o'ng qo'l tomon yo'naltiriladi, bu esa o'z navbatida ichakni qorin markazidan tashqariga chiqaradi. O'ng qo'lning bo'g'imlarida bukilgan va yopiq barmoqlari ichakka parallel ravishda, qorin rektus mushagi chetidan chap qanotga qo'yiladi. Bemorni nafas olish paytida terining burmasi hosil bo'ladi (kindik tomon), nafas chiqarish paytida (qorin sohasining bo'shashi), barmoqlar qorin bo'shlig'iga orqa qorin devoriga botiriladi va markazdan chap chekkaga qarab harakatlanayotganda, ichak bo'ylab palpatsiya qilinadi.

3. *Ko'r ichak* Uning uzunlamasi o'qi o'ng yonbosh sohada yuqoridan pastgacha va chap tomonda kindik va o'ng yuqori old yonbosh umurtqa pog'onasini bog'laydigan chiziqning o'rta va tashqi uchi chegarasida joylashgan. Ko'r ichakni yarim buklangan holda va o'ng qo'lning to'rt barmoqlari bilan palpatsiya qilinadi. Palpatsiya texnikasi sigmasimon ichakni paypaslashga o'xshaydi. Ko'richagi o'ng yonbosh ichak sohasidagi odamlarning 80-85 foizida 2-3 sm qalinlikdagi o'rtacha keskin silindr shaklida seziladi, odatda 2-3 sm atrofida siljiydi, og'riqsiz, g'uvurlyadi.

4. Ko'ndalang chamber ichakning ko'tarilgan qismi xuddi tushayotgan qismga o'xshash texnikaga muvofiq palpatsiya qilinadi.

5. *Ko'ndalang chamber ichakni* ikki tomonlama palpatsiya qilinadi. Ichakning bu qismini palpatsiya qilishdan oldin, oshqozonning katta egrilik chegarasini aniqlash kerak (pastga qarang). Shundan so'ng, shifokorning qo'llari qorinning o'rta chizig'ining ikki tomonida, kerakli ichak uzunligiga parallel ravishda (ichak yoy shaklida osilib turadi), oshqozonning katta egriligidan 2-3 sm pastda joylashgan. Nafas olish paytida teri burmasi yuqoriga, oshqozon tomonga qarab hosil bo'ladi. Keyin ular bemorni nafas chiqarishi paytida qo'llarini qorinlariga asta-sekin botiradilar va qorin orqa devoriga etib borgach, pastga qarab harakatlanib, yon tomonlariga ozgina burilib, ichakni palpatsiya qiladilar. Ko'ndalang chamber ichak 2-2,5 sm qalinlikdagi o'rtacha zichlikdagi og'riqsiz, ko'ndalang yotgan yoyi silindr shaklida seziladi, palpatsiya paytida q'uldurmeydi.



Rasm-56. Ichakni palpatstiya qilishda qo'llarning pozitsiyasining sxemalari:

A - barmoqlarning maksimal fleksiyalanishi bilan ko'ndalang chamber ichakni ikki tomonlama palpatstiya qilish. Qo'lning holati ichakning uzun o'qtga ko'ndalang. Palpatstiya to'ri barmoq bilan amalga oshiriladi.

B - ko'ndalang yo'g'on ichak tushirilgan ikki tomonlama palpatstiya.

C - ko'ndalang chamber ichakning lateral qismini ichak tizmasiga ko'ndalang tekis qilib qo'yilgan qo'l bilan palpatstiya qilish.

D - ko'ndalang chamber ichakni bir qo'lning egilgan barmoqlari bilan palpatstiya qilish, ichak o'qiga ko'ndalang joylashtrish.

E - uch barmoq bilan ko'ndalang chamber ichakni palpatstiya qilish. Qo'lning holati ichak o'qiga qiya joylashgan bo'ladi.

F - qo'lning ulnar chekkasi bilan ko'ndalang chamber ichakni palpatstiya qilish. Qo'lning holati ichak tizmasiga parallel.

G - ko'ndalang chamber- ichakning palpatstiyast qo'lning radial qirradi bilan. Qo'lning holati ichak tizmasiga parallel.

H - darvozabonni uchta barmog'i bilan palpatstiya qilish. Qo'lning holati ichak tizmasiga qiya bo'ladi.

I - darvozabonni "ikki qo'l" palpatsiyasi.

K - egilgan barmoqlar bilan katta egrilikni palpatsiya qilish. Qo'lning holati uzun egnlik o'qiga uzunlamasi bo'ylab.

L - to'rtta egilgan barmoq bilan ko'r ichakni paypaslash. Qo'lning holati ichakning uzun o'qiga ko'ndalang.

M - uch barmoq bilan ko'r ichakni paypaslash. Qo'lning holati ichak tizmasiga qiya bo'ladi. Ikki qo'l bilan paypaslash.

N - ko'richakni olti barmoq bilan palpatsiya qilish. Qo'lning holati ichak tizmasiga moyil bo'ladi.

O - pars coecalis ilei va appendiksni "ikki qo'l" bilan paypaslash.

P - Harakatlanuvchi ko'richakning yuqoriga siljishi uchun qo'lning holati

Q - to'rt egilgan barmoq bilan flexurae sigmoidea palpatsiyasi. Ichak tizmasiga uzunlamasiga qo'l holati

6. *Yonbosh ichakning terminal segmenti.* Palpatsiya joyi - yonbosh suyaklarining oldingi yuqori orqa miya qismini tutashtiruvchi chiziqning tashqi o'ng va o'rta uchdan uchlari orasidagi chegara. Bu erda yonbosh ichakning terminal qismi ichkaridan tashqariga va pastdan yuqoriga yo'nalishga ega. Ozigina egilgan o'ng qo'lning barmoqlari bu erda ichak uzunligiga parallel ravishda o'rnatiladi. Teri burmasi kindik tomon hosil bo'ladi. Nafas chiqarish paytida barmoqlar bosib, qorin bo'shlig'iga tushadi yonbosh ichakning oxirgi qorin parda devorigacha va u siljiriladi. Odatda, yonbosh ichakning bu segmenti 75-85% odamlarda silliq, zich, og'riqsiz, o'rtacha harakatlanuvchi silindr shaklida, diametri 1-1,5 sm, palpatsiya paytida g'uvillashadi.

7. *Appendiksni palpatsiya qilish.* U kamdan-kam hollarda (odamlarning 1 foizida) yonbosh ichakning terminal segmentidan bir oz pastroqda va unga parallel ravishda diametri 1 - 1,5 sm bo'lgan ingichka, gumburlamaydigan, og'riqsiz silindr shaklida paypaslanadi.

Oshqozon palpatsiyasi.

Bemorning yotgan holatida, o'ng qo'lning egilgan barmoqlari epigastriungga, xifoid sohasidan 5 sm pastroqda, oshqozonning katta egniligiga parallel ravishda joylashtiriladi. Ksifoid jarayoni yo'nalishi bo'yicha teri burmasi hosil bo'ladi. Bemorni nafas chiqarish paytida barmoqlar qorin bo'shlig'iga tushib, orqa devorga etib boradi va yuqoridan pastga qarab siljish harakatini amalga oshiradi. Nafas chiqarish paytida oshqozonning katta egniligi ko'tariladi va shifokorning barmoqlari pastga siljiydi, ikki nusxadagi oshqozondan qadam kabi siljiydi. Lokalizatsiyasi, konsistensiyasi, yuzasi, shakli va og'rig'i aniqlanadi. Odatda, oshqozon yuzasi silliq va og'riqsizdir. Oshqozonni palpatsiya qilish bemorning tik

turgan holatida ham amalga oshirilishi mumkin, bu esa kamroq egrilikni palpatsiya qilish uchun foydali, ammo texnik jihatdan qiyinroq.

Me'da pastki chegarasini aniqlash usullari.

1. *Perkussiya*: asta-sekin perkussiya yordamida, kindikdan yuqoriga qarab, yuqori ichak timpanitining past oshqozon timpanitiga o'tish joyini aniqlaydilar;

2. *Auskultativ perkussiya*. Fonendoskop oshqozon gaz pufagi proektsiyasiga o'rnatiladi. Erkin qo'lning barmog'i bilan qorin old devoriga xifoid sohadan kindigigacha ketma-ket engil zarbalar beriladi. Oshqozonning pastki chegarasi zarba tovushi yo'qoladigan joyga to'g'ri keladi. Perkussiyani pastdan (kindikdan) yuqoriga qarab bajarish perkussiya barmog'i oshqozon ustida bo'lganida tovush paydo bo'lishi va momentni to'g'rilash mumkin.

3. *Auskultoaffriksiya*. Fonendoskop oshqozonning gaz pufagi proektsiyasida o'rnatiladi, erkin qo'lning barmog'i bilan, qorin old devori bo'ylab engil zarbalar qo'llaniladi. Oshqozonning pastki chegarasi shitirlash ovozi yo'qoladigan joyga to'g'ri keladi. Oldingi holatda bo'lgani kabi, tovush paydo bo'lguncha barmoqni pastdan tepaga urish harakatlari mumkin.

4. *Sukkussiya* (to'lqin shitirlashi ovozi bilan): bir stakan suv ichganidan so'ng, bemor gorizontal holatni egallaydi, shifokor kindik tomon harakatlanib, qorin old devoriga to'rtta egilgan barmog'ini qo'llaydi. To'lqin shitirlashi shovqini yo'qolishi bilan oshqozonning pastki chegarasi aniqlanadi.

5. *V.P. Obratzov va N.D. Strajeskoga ko'ra oshqozonning pastki chegarasini chuqur palpatsiya qilish*. Nafas chiqarishda o'ng qo'l asta-sekin qorin bo'shlig'iga kirib boradi va iloji bo'lsa, orqa devorga etib boradi, so'ng yuqoridan pastga siljish harakati bilan oshqozonning katta egriligining pastki chegarasini topadi. Katta egrilik 50-60% holatlarda unurtqa pog'onasida va undan yon tomonlarda (10-12 sm) yotgan valik shaklida seziladi. Odatda kindikdan 2-3 sm balandlikda joylashgan.

Shuni ta'kidlash kerakki, so'nggi ikki usul bemor uchun stressli bo'lishi mumkin, shuning uchun ular amalda kamdan kam qo'llaniladi.

Privratnikni palpatsiya qilish.

O'ng tarafdagi kindikdan 3-4 sm masofada oldingi o'rta chiziqqa to'g'ri burchak bilan chiziq torting. Olingan to'g'ri burchakni ikkiga bo'ling - bu darvozabonning taxminiy proektsiyasi. Bir-biriga o'ralgan va ozgina egilgan barmoqlar 45° burchak ostida qorin oq chizig'iga pylorus proektsiyasida o'rnatiladi va nafas chiqarishda qorin bo'shlig'iga orqa devorga botiriladi va keyin o'ngga va pastga siljiydi, palpatsiya qilinadi. Odatda, pylorus odamlarning 20 dan 25% gacha zich, og'riqsiz peristaltik silindr shaklida, diametri taxminan 2 sm.

Oshqozon kasalliklarida og'riq nuqtalarini aniqlash.

Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklarida ventral va dorsal og'riq nuqtalari mavjud.

Oshqozon kasalliklarida ba'zi og'riq nuqtalarini ko'rsatilgan (58-rasm).

1. *Epigastral nuqta*. Epigastral sohada xifoid soha va kindik orasidagi masofaning o'rtasida o'rta chiziq bo'ylab aniqlanadi.

2. *Pyloroduodenal nuqta*. To'g'ri chiziqning o'rta va pastki uchdan bir qismida, kindik va o'ng yonbosh kamarning o'rtasini birlashtirgan. U pylorus va o'n ikki barmoqli ichak yarasida aniqlanadi.

3. *Xerbst nuqtalari*. V, VI, VII ko'krak umurtqalarining spinous jarayonlari bo'ylab joylashgan. Oshqozonning yuqori yaralarida aniqlangan.

4. *Openxovskiy nuqtalari*. Ular VIII ko'krakdan I-II bel umurtqalariga qadar spinous jarayonlar bo'ylab joylashgan. Ularning og'rig'i tanadagi oshqozon yarasi, oshqozon pilori va o'n ikki barmoqli ichak piyozchasiga xosdir.

5. *Boas nuqtalari*. Ular Openxovskiy nuqtalariga parallel ravishda, paravertebral tarzda joylashgan. Chapdagi ushbu nuqtalarda og'riq oshqozon tanasining yarasi, o'ng tomonda esa pylorus va o'n ikki barmoqli ichak piyozchasiga xosdir.

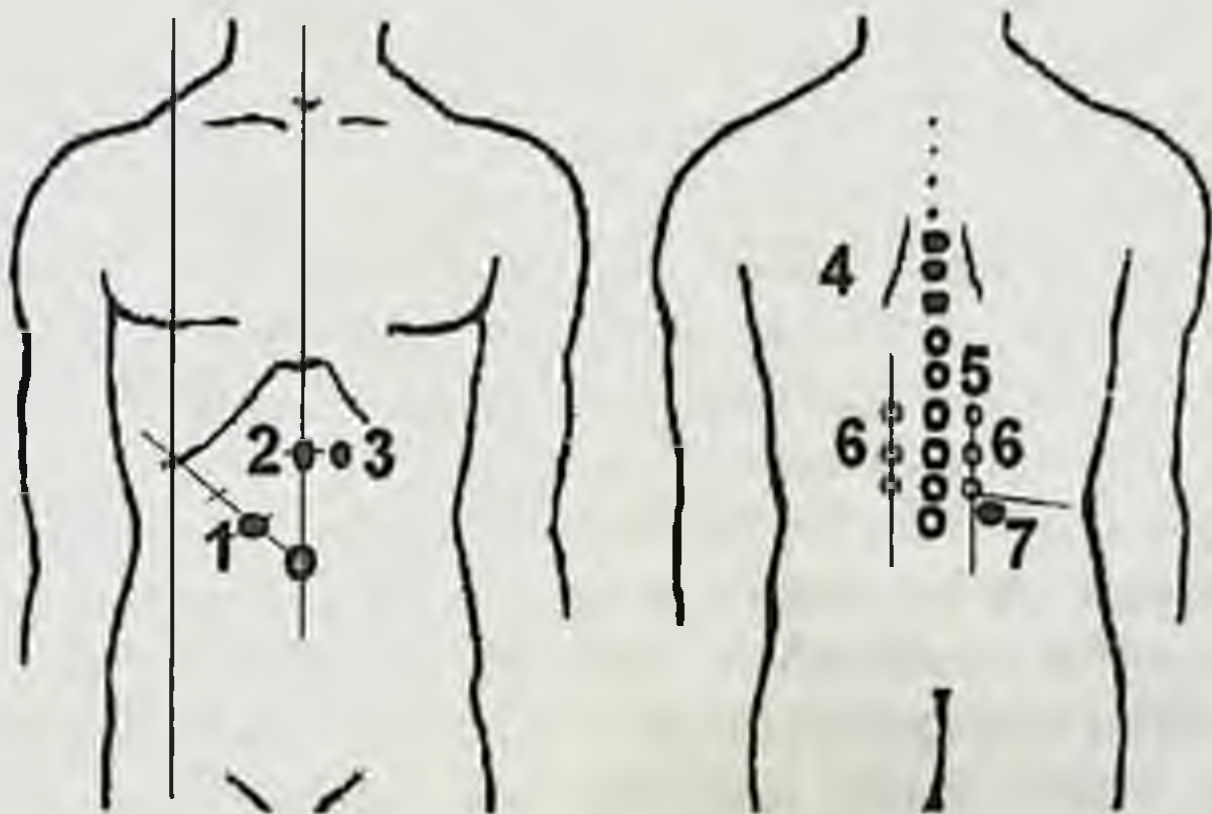
6. *Pevznerning nuqtalari*. U umurtqa va XII qovurg'a tomonidan hosil qilingan burchakning bissektrisasi bilan o'ngdagi dorsi mushak bilan kesishgan joyda joylashgan. O'n ikki barmoqli ichak piyozchasining orqa devorida oshqozon yarasi bilan aniqlanadi.

7. *Mayo-Robsonning nuqtalari*. To'g'ri chiziqning o'rta va pastki uchdan birining chegarasida, kindik va chap kosta kamarining o'rtasini bog'laydi. Oshqozon osti bezi zararlanganda aniqlanadi.

8. *Sternberg nuqtasi*. Nuqta kindikni chap kosta kamarining o'rtasi bilan bog'laydigan tekis chiziqning o'rta va yuqori uchdan birining chegarasida yoki chap parasternal chiziq bo'ylab chap kosta kamaridan 3-4 sm pastda joylashgan. Mezenteriya ildizining limfa tugunlarining shikastlanishi bilan og'riqli.

9. *Porges nuqtasi*. Ichak kasalliklari bilan og'riq shu nuqtada, kindikdan chap va chap tomonda 2 sm masofada joylashgan.

10. *Mak-Burney nuqtasi* kindikdan o'ng yonbosh umurtqasining o'rtasigacha chizilgan to'g'ri chiziqning o'rtasi va pastki uchi chegarasida joylashgan. Apendisit da og'riqli.



Rasm-57. Oshqozon kasalliklarida og'riq nuqtalari: 1 - ta pyloroduodenal, 2, 3 - epigastral, 4 - Gerbst, 5 - Openxovskiy, 6 - Boas, 7 - Pevzner.

Oshqozonosti bezini tekshirish.

Sog'lom odamda oshqozon osti bezini odatda paypaslab bo'lmaydi. Faqat qorin bo'shlig'i devorlari bo'lgan ba'zilarida ingichka odamlarda oshqozon osti bezini palpatsiya qilish mumkin. Oshqozon osti bezini palpatsiya qilish ehtimoli uning o'smalari va surunkali pankreatit bilan kuchayadi. Skulskiy (1932) oshqozon osti bezini o'rganish uchun o'ng qo'lning to'rtta barmog'ining bukilgan uchlari bilan zarbsimon "palpatsiya perkussiyasi" dan foydalanishni tavsiya qildi. Qalinlashgan va

kattalashgan oshqozon osti bezi oshqozon orqali katta egrilikdan 2-3 sm balandlikda yoki oldingi o'rta chiziqdan chap tomonda kindikdan 4-5 sm balandlikda oshqozon orqali aniqlanishi mumkin.

Pankreasni palpatsiya qilish uchun bir qator maxsus usullar taklif qilingan.

Grott usuli 3 ta modifikatsiyaga ega. Birinchi holda, bemor pastki orqa ostidagi qo'llari bilan orqa tomonida yotadi, u navbat bilan mushtga siqib qo'yadi. Shifokor palpatsiya qiladi, ikki qo'lning barmoqlari bilan kindik va chap hipokondrium orasidagi sohaga iloji boricha chuqurroq kirishga harakat qiladi. Ikkinchi modifikatsiyasida, bemor bir oz oldinga va chapga egilib turadi. Shifokor uning orqasida turibdi va uning o'ng qo'li kindik va chap gipokondrium o'rtasida qorin bo'shlig'iga kiritiladi.

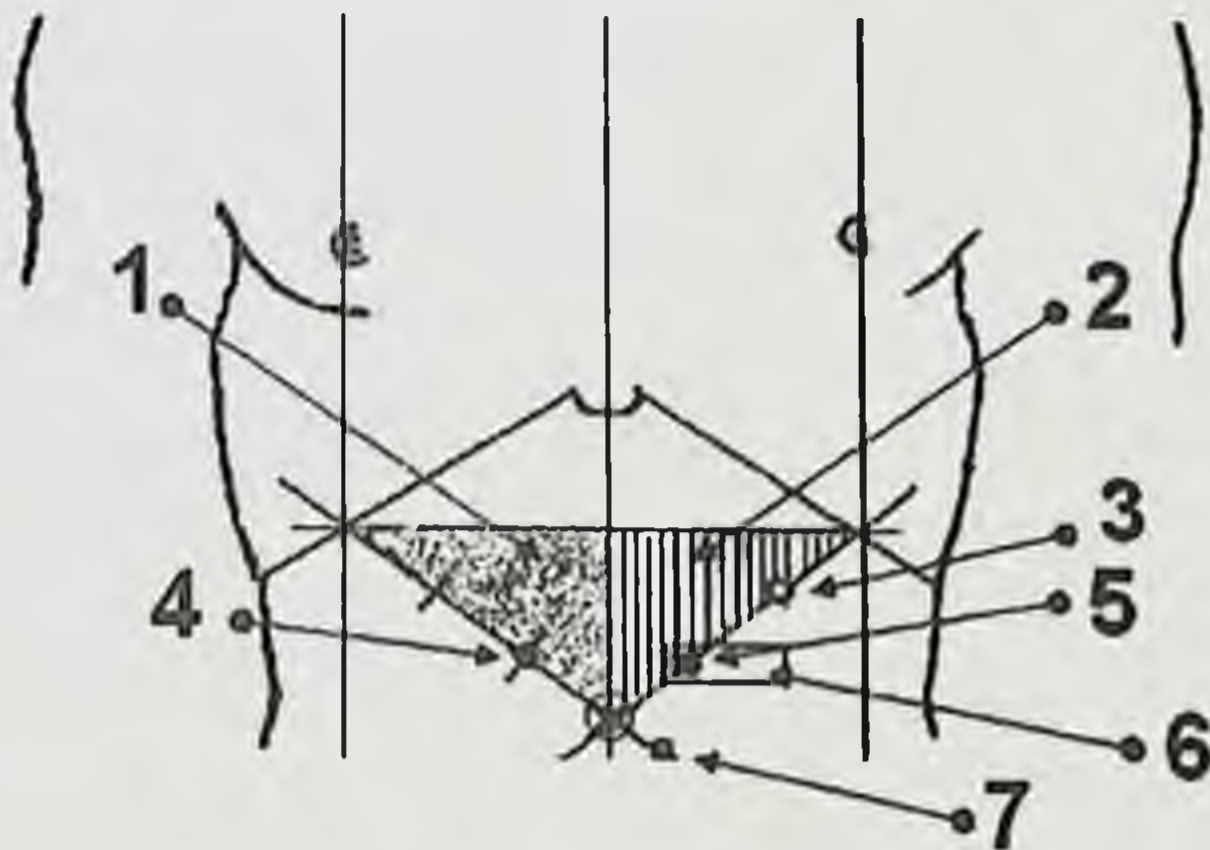
Ushbu usulning uchinchi modifikatsiyasiga ko'ra, bemor tizzalari bilan oshqozonga ozgina olib o'ng tomonida yotadi. Shifokor qorinni o'ng qo'li bilan kindik va chap hipokondrium o'rtasida palpatsiya qiladi.

Mayo-Robson va Melle-Guy usuli. Bemor 45° gacha bo'lgan tanaga moyilligi bilan o'ng tomonida yotadi. Bemorning o'ng oyog'i uzaytiriladi, chap esa tizza bo'g'imiga bukilib, o'ng oyoqda yotadi. Shifokor oshqozon osti bezini chap qo'lning barmoqlari bilan palpatsiya qiladi va o'ng qo'li bilan xuddi Sali usuli yordamida taloqni palpatsiya qilishda bo'lgani kabi, bemorning chap qovurg'a kamarini tuzatadi.

Oshqozon osti bezi kasalliklarida og'riq Shoffard va Gubergritz - Skulskiy sohalarida aniqlangan diagnostik ahamiyatga ega (58-rasm). Shoffard zonasini topish uchun yuqori o'ng burchak bissektrisa bo'ylab bo'linadi, ikkita o'zaro perpendikulyar chiziqlar hosil bo'ladi, ulardan biri gorizonta, kindik orqali, ikkinchisi esa oldingi o'rta chiziq. Unga nosimmetrik ravishda chap tomonda Gubergrits-Skulskiy zonasi joylashgan.

Oshqozon osti bezi qorin pardasi ta'sirlanganda, sezgirlik ko'pincha Mayo Robson nuqtasida palpatsiya paytida aniqlanadi

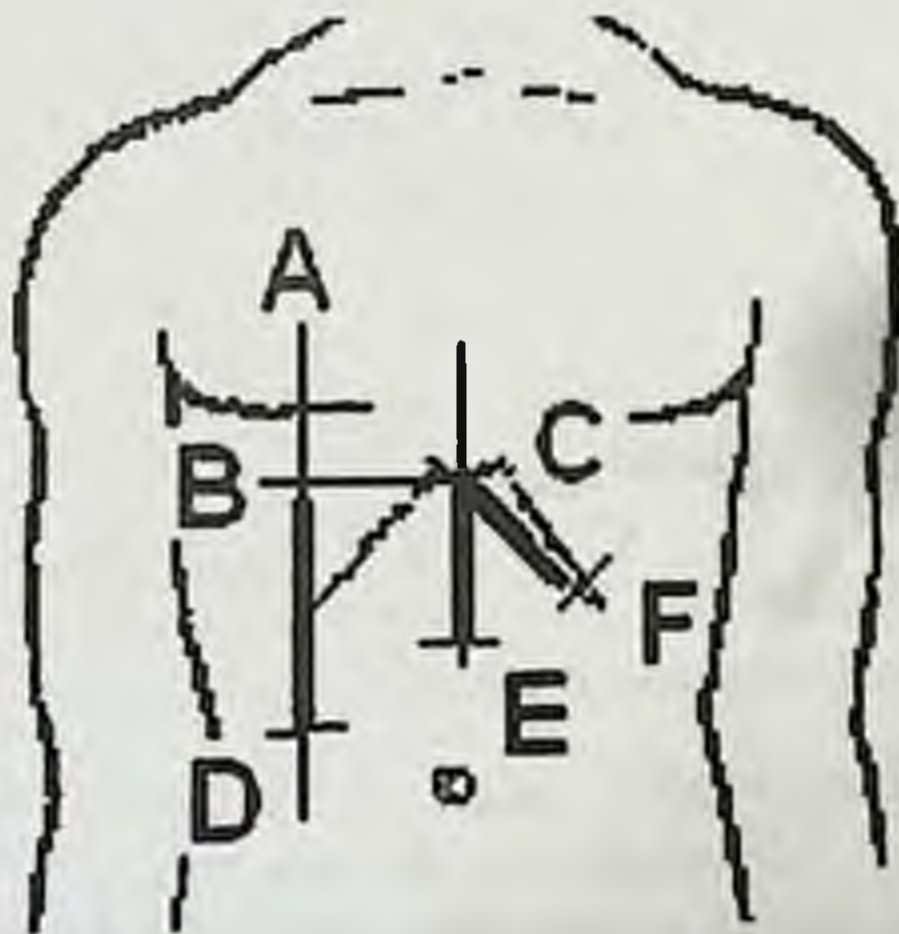
A Ya. Gubergrits va S.A. Tujilin uning patologiyasida oshqozon osti bezi og'rig'ini aniqlashning o'ziga xos usulini taklif qildi. Ular bemorni tik holatida tekshirishni taklif qilishdi. Shifokor barmoqlari bilan oshqozon osti bezi proektsiyasi sohasida bosadi, shundan so'ng bemor egilib qolishi kerak. Bunday holda, bemor og'riqni his qiladi yoki allaqachon mavjud bo'lgan og'riq kuchayadi. Og'riqning o'xshash o'sishi oshqozon osti bezi palpatsiyasi paytida yotgan holatda ko'tarilishga harakat qiladi.



Rasm-58. Oshqozon osti bezi va ichak kasalliklarida og'riq nuqtalari va og'riq zonalari: 1 - Shoffard zonasi; 2-zona M.M. Gubergrits - N.A. Skalskiy; 3 - Sternberg nuqtasi; 4 - Desjardin nuqtasi; 5 - Mayo - Robson nuqtasi; 6 - oshqozon osti bezi proektsiyasi; 7 - Porges nuqtasi

Jigarni tekshirish.

M.G. Kurlov tomonidan jigar o'lchamini perkussiya bilan aniqlash.



Rasm-59. M.G. Kurlov ga ko'ra jigar hajmini aniqlash.

Perkussiya o'ng mediaklavikulyar chiziq bo'ylab (perkussiyaning boshlanishi - A nuqta) jigarning o'ng bo'llagining yuqori qirrasini (o'pkaning pastki chetining aniqlash bilan bir xil tarzda amalga oshiriladi) belgilash bilan boshlanadi. Odatda sog'lom odamlarda bu 6-qovurg'a darajasida (B nuqtasi). Gorizontal chiziq B nuqta orqali oldingi median chiziq bilan (C nuqta) kesib o'tguncha o'tkaziladi. Keyin perkussiyaning pastdan yuqoriga mezogastriumdandan (va agar kerak bo'lsa, gipogastriumdandan) ichak timpanitidan jigar tumtoqligiga qadar o'ng mediaklavikulyar chiziq bo'ylab o'tkazib, jigar tumtoqligining pastki chetini (D nuqtasi) topiladi. Xuddi shu tarzda, perkussiya oldingi o'rta chiziq bo'ylab (E nuqtasi) va chap kosta kamarining chekkasi bo'ylab (F nuqta) amalga oshiriladi. M.G. Kurlov ga ko'ra normal jigar o'lchamlari hisoblanadi: o'ngda mediaklavikulyar chiziq (BD nuqtalari) $9 \pm 1-2$ sm, oldingi o'rta chiziq bo'ylab (CE nuqtalari) $8 \pm 1-2$ sm, chap yonbosh kamar bo'ylab (CF nuqtalari) $7 \pm 1-2$ sm. Jigar pastki qirrasini topgandan keyin, palpatsiya qilishni boshlash mumkin.

Jigar palpatsiyasi.



Rasm-60 B.П. Образцов tomonidan bajarilgan jigar palpatsiyasi.

Jigarni palpatsiya qilish odatda V.P. Obrastsov (60-rasm). Jigar sog'lom va kasal odamlarda yaxshi paypaslanishi mumkin. Jigarni tekshirish paytida shifokor bemorning nafasini boshqarishi kerak (nafas olish yoki chiqarishni buyurish), chunki nafas olish paytida jigarning

pastki qirradi 2-3 sm ga siljiydi: nafas olish paytida jigar tushadi, gipoxondriyadan chiqadi va nafas chiqarganda u gipoxondriyaga ko'tariladi. Jigarning o'ng bo'llagini chap qo'l bilan paypaslaganda, ular o'ng qovurg'a kamarini chap qo'lning to'rt barmog'i bilan orqa tomondan, chap qo'lning bosh barmog'i bilan oldinga, o'ng qo'l bilan esa jigarni haqiqiy paypaslashi bilan o'ng tomonni siqib chiqaradi. Bir oz egilgan barmoqlari bo'lgan o'ng qo'l, perkussiyada topilgan jigarning pastki chegarasidan 2 sm pastroqda joylashgan. Keyin terining burmasi biroz pastga tushiriladi va nafas chiqarish paytida o'ng qo'l jigarning pastki chetiga chuqur botiriladi. Nafas olish paytida jigar qirradi barmoqlarning orqa tomoniga siljiydi. Avval o'ng bo'llakni palpatsiya qiling, so'ngra uning chetidan o'tib, chap bo'llakni. Jigarning pastki chetini palpatsiya qilish uning patologiyasini ko'rsatmaydi. Faqatgina uning hajmini, induratsiyasini, jigar chetining og'rig'ini sezilarli darajada oshirishi kasallik mavjudligini ko'rsatishi mumkin. Jigarni palpatsiya qilishda uning u yoki bu bo'laklarining ko'payish darajasiga, organning tutarliligina, sirt tabiatiga (silliq, pürüzlü), chekka xususiyatlariga (yumaloq, uchi) e'tibor beriladi.

O't pufagini tekshirish.

Odatda, o't pufagi sezilmaydi va sezilarli darajada oshishi va devor tarangligi bilan palpatsiya qilish mumkin bo'ladi. O't pufagini qo'llari va oyoqlari cho'zilgan holda bemorning yotgan holatida, o'ng rektus abdominis mushakining tashqi qirradi va kostik kamari (Makkenzi nuqtasi) kesishgan joyida, uning proektsiyasi sohasida palpatsiya qiling. Kattalashgan o't pufagi ovoid shakllanishi sifatida seziladi (Kurvazye simptomi). Ko'pincha o't pufagining o'zi emas, balki undagi yallig'lanish jarayoniga xos og'riq nuqtalari va alomatlarini aniqlanadi.

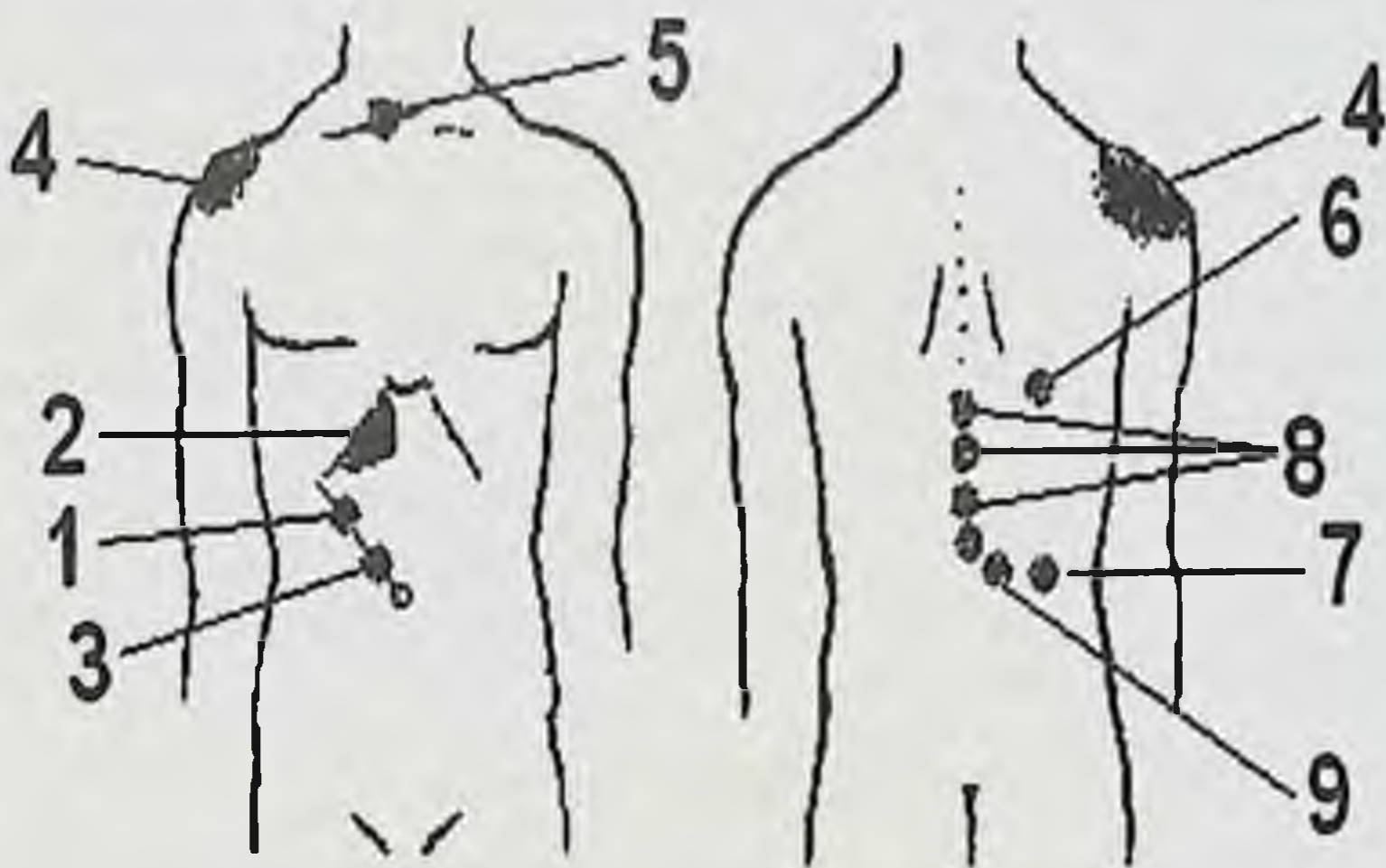
1 - vezikulyar nuqta (Kera n.), 2 - epigastral zona (shu jumladan Makkenzi n.), 3 - xoledoxo - pankret zonasi, 4 - yelka zonasi, 5 - supraklavikulyar nuqta (n. Frenici nuqtasi), 6 - subkapapularis nuqtasi., 7 - XII qovurg'a oxirida nuqta, 8 - VIII - XI ko'krak umurtqalarida, 9 - XII ko'krak umurtqasining o'ng tomonida

1. *Keraning nuqtasi* kindik va o'ng qovurg'a kamarining o'rtasini bog'lovchi to'g'ri chiziqning o'rta va yuqori uchdan birining chegarasida joylashgan. O't pufagining yallig'lanishi bilan aniqlangan og'riq.

2. *Makkenzi* nuqtasi o'ng rektus abdominis mushakining tashqi qirradi va o'ng qovurg'a kamarining kesishmasida joylashgan (IX ko'krak nervi shoxchasining terisida shoxlanishiga to'g'ri keladi);

3. *Zaxariyin-Gedning giperalgeziya-giperesteziya zonasi* - bu qorinning o'ng yuqori kvadrantining keng maydoni.

O't pufagi patologiyasida og'riq nuqtalari.



Rasm-62. O't pufagi kasalliklarida og'riq nuqtalari:

O't pufagi patologiyasida og'riq belgilari.

O't pufagining bevosita tirnash xususiyati belgilari

- *Kera simptomi* - Kera nuqtasida palpatsiya paytida og'riq paydo bo'lishi va nafas olishning to'xtashi.
- *Lepene simptomi* - egilgan barmoq uchi bilan o't pufagi proektsiyasida urish paytida og'riqni aniqlash.
- *Gausman simptomi*. Bemorning chuqur nafasi balandligida, o'ng gipoxondriyadagi shifokorning egilgan barmog'i bilan qorinni urish, nafasni puflangan qorin bilan ushlab, so'ngra maksimal nafas chiqarish paytida, teskari qorin bilan urish orqali aniqlanadi. Nafas olish balandligidagi og'riqlar xoletsistitda, va tugashi bilan - o'n ikki barmoqli ichak patologiyasida sodir bo'ladi.
- *Merfi simptomi*. Bemor o'tirgan. Shifokor bemorning orqasida va nafas chiqarayotganda, o'ng qo'lning barmoqlarini asta-sekin o'ng

hipokondriyunga kiritadi. Keyin bemorga chuqur nafas olishni so'rashadi. Ayni paytda o't pufagi pastga tushib, shifokorning barmoqlariga tegadi. Agar o't pufagi yallig'langan bo'lsa, nafas olish paytida kuchli og'riq paydo bo'ladi.

Bilvosita o't pufagining tirnash xususiyati belgilari

- *Ortner-Grekov simptomi* - kaftning chetini o'ng qovurg'a kamari bo'ylab urish paytida og'riq paydo bo'lishi.

- *Ayzenberg II simptomi* - bemorga oyoq barmoqlari ustida turishi so'raladi, so'ngra tezda poshnaga yiqilib tushadi va o't pufagining chayqalishi o'ng gipoxondriyada og'riq keltiradi.

Tirnash xususiyatl beruvchi alomatlar

- *Boas simptomi* - o'ng XI va XII qovurg'alarning bo'sh uchlari sohasida barmoq bosimi bilan Boas nuqtalarida og'riq paydo bo'lishi.

- *Makkenzi simptomi* - subtektiv ravishda va palpatsiya paytida og'riq, o'ng rektus abdominal mushakning tashqi qirrasini va o'ng yonbosh kamar kesishmasida (Makkenzi nuqtasi).

- *Ayzenberg I simptomi* - barmoqlar bilan yoki kaftning chekkasini o'ng elka pichog'i burchagi ostiga tekkizganda, o't pufagidan irradiatsiya "o'tuvchi" og'riq va ta'sir joyida og'riq bor.

Segmental (o't pufagi innervatsiyasi tashqarisida) simptomlar

- *Bergman simptomi* - orbital Bergman nuqtasida palpatsiya paytida og'riq (o'ng orbitaning yuqori chetidan yuqorida, burun ko'prigida)

- *Mussi simptomi (frenikus simptomi)* - o'ngdagi sternokleidomastoid mushakning oyoqlari orasidagi frenik asab nuqtasini bosganda og'riq.

- *Xaritonov simptomi* - skapulaning yuqori uchdan bir qismida umurtqa pog'onasi yonida palpatsiya paytida og'riq (interkapular) va o'ngdagi subklavian fossa og'rig'i.

Taloqni tekshirish.

Taloqning perkussiyasi.

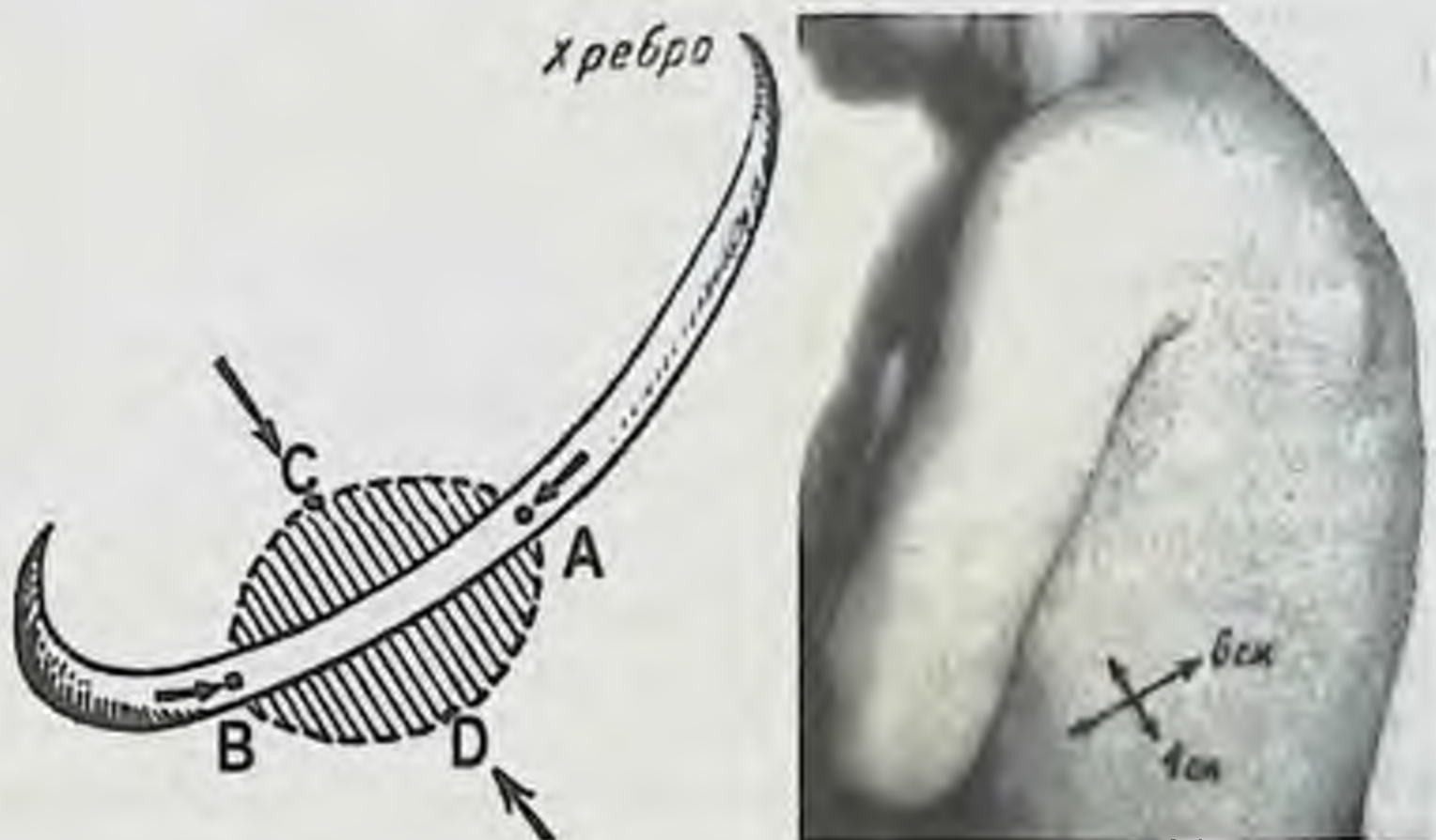
Tadqiqot davomida bemor o'ng tomonda yotadi (63-rasm), chap qo'l tirsak bo'g'imida, o'ng qo'l bosh ostida, o'ng oyoq uzaytiriladi, chap qo'l tizza va son bo'g'imlarida bukiladi. Taloqning orqa chegarasini topish uchun chap-10-qovurg'a bo'ylab (qovurg'aga perpendikulyar) barmoqlar-plessimetr orqa qo'lting osti va skapula chiziqlari orasiga qo'yiladi.

Perkussiya 10 qovurg'a bo'ylab (62-rasm A) kindik tomon sust

tovush paydo bo'lguncha amalga oshiriladi (A nuqta). B nuqta (taloqning oldingi chegarasi) qorin old devoriga plessimetr barmog'ini kindikning chap tomonida 10 qovurg'alararo bo'shliq darajasida va A nuqtaga qarab perkussiya bilan aniqlanadi.

Tumtoqlik paydo bo'lishidan oldin (B nuqta). Sog'lom odamlarda taloqning uzunligi (AB) 6-8 sm (62-rasm B).

Uzunligini aniqlab, uni ikkiga bo'ling va 10-qovurg'aga perpendikulyar ravishda diametrini aniqlang. Buning uchun qovurg'alar 7-8 darajadan topilgan uzunlikning o'rtasiga 90° burchak ostida tepadan pastgacha (C nuqta), so'ngra qovurg'aning 12 darajasidan pastgacha yuqoriga (D nuqta) perkussiya qilinadi. Sog'lom odamlarda taloq diametri (SD) 4-6 sm.



Rasm-62. A – taloq perkussiyasi, B - odam tanasida taloq o'lchamlari.

Taloqni palpatsiya qilish.

Bemorning holati perkussiya bilan bir xil (64-rasm). Shifokor bemorning o'ng tomonida o'tiradi va chap qo'lini bemorning ko'kragingning chap yarmining pastki qismiga qo'yadi, uni biroz siqadi. U o'ng qo'lini qorin old devoriga biroz egilgan barmoqlari bilan, qovurg'a kamariga parallel ravishda, 10-qovurg'a qarshisiga qo'yadi. Shifokor barmoqlaridan kosta kamarigacha bo'lgan masofa taloqning perkussiya natijasiga bog'liq. Agar uning perkussiya o'lchovlari normal diapazonda bo'lsa, shifokor barmoqlari kosta kamaridan 3-4 sm pastga o'rnatiladi. Agar perkussiya taloq uzunligining o'sishini aniqlasa, barmoqlar topilgan qutbdan 3-4 sm

pastroqqa qo'yiladi. Taloqni paypaslashda shifokor bemorning nafas olishini ham nazorat qilishi shart

Nafas chiqarish paytida palpatsiya qiluvchi qo'l chap gipoxondriyaga kiritiladi.

Nafas olish paytida taloqning tushayotgan qirradi palpatsiya barmoqlariga tegadi. Odatda taloqning chekkasini palpatsiya qilish bilan uning hajmi 1,5 baravar ko'payishi odatda qabul qilinadi. Taloqni palpatsiya qilish uning pastki chetini, yuzasini, konsistensiyasini, shakli va og'rig'ini baholashga imkon beradi



Rasm-63. Taloqni palpatsiya qilishda bemor va shifokorning holati

Taloqning yuzasi odatda silliq, mustahkam, qirradi yumaloq va og'riqsizdir.

To'g'ri ichakni tekshirish.

To'g'ri ichakning raqamli tekshiruvi ichakni klizmalar bilan tozalagandan keyin, yoki yo'g'on ichakning pastki qismini tozalashga imkon beradigan preparatni ichakka kiritgandan so'ng (Microlax) bemorning tizza tirsagi holatida amalga oshiriladi. Palpatsiya paytida shifokor rezina qo'lqop kiyadi va vazilin bilan bo'yalgan ko'rsatkich barmog'ini to'g'ri ichakka kiritadi. Tekshirish jarayonini engillashtirish uchun siz bemorni ozgina tortishini so'rashingiz mumkin. Ichakning old devorini barmoq bilan tekshirgandan so'ng, qo'lning burab, uning yon va orqa devorlarini tekshiriladi. Bunday holda, shifokor ichak shilliq qavatining holati (o'smalar, varikoz tomirlari, shilliq qavatning shishishi,

cicatricial torayishi va boshqalar), shuningdek rektum atrofidagi to'qimalarning holati haqida taassurot qoldiradi.

SIYDIK CHIQARISH TIZIMINI TEKSHIRISH

Bemorni tekshirishda terining rangiga e'tibor beriladi. Siydik chiqarish a'zolari kasalliklarida terining oqarishi tez-tez uchraydi. bu spazimga va terining qon tomirlarini shishgan suyuqlik bilan siqib chiqishiga, buyrakning surunkali kasalliklarida ham anemiya rivojlanib borishiga bog'liq.

"Buyrak shishi " deb atama paydo bo'lishi buyrak patologiyasiga xosdir. Ular, birinchi navbatda, ko'z qovoqlari sohasida paydo bo'ladi, so'ngra butun yuzga, so'ngra butun tanaga bo'shliq shishishi va anasarka rivojlanishi bilan tarqaladi. Ushbu shishlarni zigomatik kamarlar sohasida va sternumda paypaslash mumkin, terini teri osti to'qimasi bilan pastki suyakka bosib, bosilgan joyda burma ko'rinishini o'rnatadi. Palpatsiya paytida bu shishlar yumshoq, harakatchan.

"Yashirin" deb ataladigan shishni aniqlash uchun suv muvozanatini tekshirish, bemorning dinamik tortilishi (ertalab hojatxonadan keyin, nonushta oldidan) va McClure-Aldridge pufakchali testidan foydalaniladi. Ushbu testni o'tkazayotganda, bemorga bilakning kaft tomoni hududiga 0,2 mililitr fiziologik eritma yuborilib, in'ektsiya joyida "limon po'sti" (pufakcha) paydo bo'ladi. Uning so'rilish vaqti qayd etilgan. Sog'lom odamlarda o'rtacha pufakchalarning so'rilish vaqti ~ 40 minut. Shish bilan to'qimalarning hidrofilligi kuchayadi va pufakchaning so'rilish 30 daqiqadan kamroq vaqt ichida sodir bo'ladi. Anasarca rivojlanishi bilan pufakcha umuman shakllanmasligi ham mumkin.

Bemorning tanasini termometriyasini o'tkazish kerak, chunki ko'plab o'tkir yoki surunkali buyrak kasalliklari qo'zish paytida tana haroratining ko'tarilishi bilan yuzaga keladi.

Bel sohasini tekshirishda lordozining og'irligiga, belning ikkala tomonining simmetriyasiga e'tibor beriladi. Yiringli kasallik yoki buyrak shishi bilan mushaklarning kuchayishi, shish paydo bo'lishi va zararlanish tomonidagi bel sohasida mahalliy harorat ko'tarilishi aniqlanishi mumkin.

Buyraklarni palpatsiya qilish

Buyraklarni paypaslash quyidagi savollarga javob berishi kerak: organ umuman palpatsiya qilinadimi, organ qayerda joylashgan, uning harakatchanligi, kattaligi, konsistensiyasi va sirtqi tabiati.



Rasm-64. Bıyraklar palpatsiyasi

Buyraklarni palpatsiya qilish (64-rasm) odatda bemor bilan gorizontol holatda, tik, o'ng va chap tomonda. Odatda buyraklar sezilmaydi. Buyrak tushirilganda yoki 1,5-2 marta kattalashgandagina seziladi.

Bemorning tik holatida buyraklarni palpatsiya qilish. Tadqiqot davomida shifokor bemorning oldida unga qaragan stulga o'tiradi. Bimanual palpatsiya (ikki qo'l bilan). Ko'rsatkich barmog'i to'g'ridan-to'g'ri 12-qovurg'a ostida yotadigan qilib, shifokorning chap qo'li mos bel qismiga qo'yiladi va qo'lni pastki orqa tomonga bosib, go'yo buyrakni oldinga suramiz. O'ng kaft qorinning tegishli yon tomonida, chap qo'lga perpendikulyar joylashgan - 5 barmoq biroz egilib, yuqoriga yo'naltirilgan va to'g'ridan-to'g'ri kosta kamar ostida yotadi. Bemorga chuqur nafas olish so'raladi, so'ng nafas chiqarganda palpatsiya o'tkazilib, ikkala qo'lini ham yaqinlashtirishga va ular orasidagi buyrakni ushlab olishga harakat qilinadi. Agar bu muvaffaqiyatli bo'lsa, o'ng qo'lning barmoqlari pastga siljiydi, buyrakni his qiladi. Shu bilan birga, organning konsistensiyasi, sirt tabiati va og'riq haqida fikr bildiriladi. Buyrakni palpaslay qilishda, chap qo'l bilan belni mushtlashingiz mumkin, shu bilan birga zarba, xuddi o'ng qo'lingizga uzatiladi - bunday ovoz berish palpatsiya qilinadigan buyrakka xosdir. Palpatsiyaning tik turgan holatidagi afzalligi buyrakning pastki holatidadir (o'z og'irligi tufayli buyrak bitta umurtqaning balandligiga tushadi, ba'zan esa ko'proq) va diafragmaning pastki holati, bu esa a'zolari paypaslash imkoniyatini oshiradi. Kamchilik shundaki, bu holatda bemorga qorin mushaklarini etarlicha bo'shatish qiyin, bu esa palpatsiya jarayonini qiyinlashtiradi.

Buyraklarni gorizontol holatda paypaslash. Bemor chalqancha yotadi, oyoqlari uzaytiriladi, nafas olish tinch. Shifokor bemor bilan yonma-yon, uning tos suyagi darajasida o'tiradi. Palpatsiya bimanual usulda amalga oshiriladi. Shifokor XII qovurg'a darajasida bemorning pastki orqa tomoni ostiga ochiq kaft bilan chap qo'lini olib keladi, shunda ko'rsatkich barmog'i XII qovurg'asidan darhol pastga tushadi. Shifokorning o'ng kafti bemorning qorin old devorida, qorin rektus mushagining tashqi chetidan tashqarida joylashgan bo'lib, biroz egilgan 4 barmoq uchlari deyarli kosta kamonga tegib turadi. Palpatsiya chap qo'lning holatiga perpendikulyar va umurtqa pog'onasiga parallel ravishda amalga oshiriladi. Bemorga chuqur va sekin nafas olish va nafas chiqarish so'raladi. Har bir nafas harakatida shifokorning o'ng qo'li qorin bo'shlig'iga chuqurroq singib ketadi, chap qo'li esa bemorning bel sohasini

yuqoriga ko'tarib, buyrakni old tomonga olib keladi va palpatsiya jarayonini engillashtiradi. Kaftlarning maksimal yaqinligi bilan bemor qorin bilan chuqur nafas oladi. Buyrakni birlashtirgan ikkita kaft orasidan ushlab olishga harakat qilinadi. Buyrakning kattalashishi yoki tushishi bilan organning pastki qutbini, kamroq - butun buyrakni his qilish, uning hajmini, konsistensiyasini va sirt xususiyatini aniqlash mumkin.

Chap buyrakni paypaslashda vrach o'z pozitsiyasini o'zgartirmasdan chap kaftini bemorning pastki orqa tomoni bo'ylab chap tomonning XII qovurg'asigacha ushlab turadi va palpatsiya qilayotgan o'ng kaft navbati bilan chap qorin mushagidan tashqariga qarab yotadi.

Buyrakni bemor yonbosh yotganda palpatsiya qilish. Bemor tekshirilayotgan buyrakka qarama-qarshi tomonga yotqizilgan, tizzalari tanaga tortilgan, og'zi ochiq bilan nafas chuqur olinadi. Bemorga qarab turgan shifokor o'ng qo'lini kafti bilan bel sohasiga, chap qo'lini oshqozon ostiga yonbosh suyagi ostidagi yonbosh sohasiga qo'yadi. Bemorga chuqur nafas olish so'raladi, shu bilan birga kaftlar birlashtirilib, ular orasidagi buyrakni ushlabga intiladi.

Palpatsiya ma'lumotlari asosida buyrak prolapsasini (nefroptoz) aniqlash mumkin - buyrak "yotoq'idan" chiqib ketganda va tananing tik holatida fiziologik harakatchanlik chegarasidan chiqib ketganda patologik holat. Nefroptoz sobit va harakatchan bo'lishi mumkin (adashgan buyragi).

Nefroptozning 3 darajasi mavjud.

1. Birinchi darajada buyrakning pastki qutbini nafas olish paytida palpatsiya qilinadi, ammo nafas chiqarish paytida u o'ng qobirg'a yoyi ostiga tushadi.

2. Nefroptozning ikkinchi darajasida butun buyrak bemorning tik holatida o'ng qobirg'a yoyi ostidan chiqadi. Gorizontol holatda buyrak o'ng qobirg'a yoyi ostiga tushadi.

3. Uchinchi daraja buyrak o'ng qobirg'a yoyi ostidan butunlay chiqib ketadi, katta yoki kichik tos suyagiga siljiydi.

Palpatsiyada siydik bilan to'lib toshgan siydik pufagini ham paypaslanishi mumkin, ammo bu holda perkussiyani qo'llash qulayroq.

Buyrak perkussiyasi

Oddiy holatda joylashgan buyrakning perkussiyasi uni qoplagan mushaklarning qalin qatlami tufayli, shuningdek buyraklar zichligi

atrofdagi havosiz to'qimalarning zichligiga yaqin bo'lganligi sababli mumkin emas. Amino siydik pufagi zarbasi amaliyotda keng qo'llaniladi. Quviqning perkussiyasi ko'pincha tik turgan holda bajariladi va kindikdan pubisgacha oldingi o'rta chiziq bo'ylab amalga oshiriladi. Barmoq-plessimetr pubisga parallel, perkussiya tinch. Bo'sh siydik pufagi bilan faqat ichak timpaniti eshitiladi. Quviq toshib, pubisdan yuqoriga chiqib ketganda, timpanik tovush sust bo'lib o'zgaradi. Agar tovushning o'zgarishi aniqlansa, kindik sathidan ikkala tomonning mediaklavikulyar chiziqlari bo'ylab pastga qarab kesilgani ma'qul. Quviq toshib ketganda, turgan bemorda perkussiya tovushining o'zgarishi chegarasi (tuntoq ovoz paydo bo'lishi) gorizonttal (astsit singari) emas, balki gumbazli xarakterga ega bo'ladi. Bemorning tanasining holati vertikal dan gorizonttal holatga o'zgarganda, bu tuntoqlik o'zgarmaydi.

F.I. Pasternatskiy simptomini aniqlash.

Urolitiyazdagi og'riqni aniqlash uchun Pasternatskiy bemorga oyoq barmoqlari bilan ko'tarilib, poshnalari bilan pastga itarishni taklif qildi. Natijada perirenal sohaning chayqalishi buyrak shikastlanishi tomonida og'riq paydo bo'lishi bilan birga keldi. Og'riqni aniqlashdan tashqari, F.I. Pasternatskiy shuningdek, paranefral sohaning chayqalishi bilan urolitiyaz, pyelo- va paranefrit, gidronefroz va dimlangan buyrak bilan eritro- va / yoki leykotsituriyaning paydo bo'lishi yoki kuchayishini tasvirlab berdi. Nevralgiya, pastki orqa mushaklarning zararlanishi bilan og'riqning o'zi paydo bo'lishi mumkin.

Keyinchalik, Klinikada Pasteratskiy simptomining bajarilishi oddiyroq lenta belgisiga aylandi - bel mintaqasida urish paytida og'riqni aniqlash.

Turtki simptoml.

Bemorning tik holatida aniqlanadi (65-rasm). O'ng qo'l kaftining qirrasi bilan chap qo'l kaftining orqa yuzasiga, buyrak proektsiyasida bel qismida joylashgan (bemorning tanasida emas to'g'ridan-to'g'ri) keskin zarbalar qo'llaniladi. Og'riq bo'lsa, ular teginishning ijobiy alomati haqida gapirishadi.



Rasm-65. Turtki simptomi

Buyrak tomirlarining auskultatsiyasi

Buyrak tomirlarini auskultatsiya qilish qorin old devoridagi fonendoskop yordamida qattiq bosmaslikka harakat qilib, uning o'ng va chap qismidagi kindikdan biroz yuqoriroqda bajariladi. Buyrak tomirlarining torayishi bilan bu erda arterial stenoz bilan bog'liq bo'lgan sistolik shovqin eshitilishi mumkin.

Bundan tashqari, gipertoniya kabi qon bosimining doimiy ko'tarilishi bilan kechadigan buyrak kasalliklarida yurak auskultatsiyasi paytida aorta ustida II ton aksenti, yurak cho'qqisi yuqorisidagi I ton sustlashishi eshitiladi va nisbiy mitral qopqoq etishmovchiligining sistolik shovqini (oraliq shovqin).) yurakning chap qorinchasining gipertrofiyasi va kengayishi bilan.

Buyrak kasalliklarida og'riq nuqtalari.

Buyrak kasalligi bilan og'rigan bemorlarni tekshirishda og'riq nuqtalarining mavjudligini tekshirish kerak:

1. Kostal-vertebral (XII qovurg'a va o'murtqa tomonidan hosil qilingan burchakda).
2. Kosto-bel (XII qovurg'a va bel mushagi kesishishi).
3. Old hipokondrium (X qovurg'aning oldingi chetida).

4. Yuqori ureteral (kindik orqali chizilgan gorizontal chiziq bilan kesishgan joyda qorin to'g'ri mushagi tashqi chetida).

5. O'rta ureteral (I. Biiliaca ning spina osis pubis orqali o'tuvchi vertikal chiziq bilan kesishish joyi).

Birinchi 3 nuqtani bosganda og'riq buyrak patologiyasiga, oxirgi 2 siydik yo'llari patologiyasiga xosdir.

XULOSA

Ushbu o'quv qo'llanma tibbiyot fakulteti talabalariga mustaqil ravishda ichki kasalliklar propedevtikasi bo'yicha amaliy mashg'ulotlarga tayyorgarlik ko'rishda yordam beradi.

Darslik qo'shimcha ma'lumot manbai bo'lib, darslik materialini va "Ichki kasalliklar propedevtikasi" darsligini o'rganish bilan bir vaqtda foydalanilishi lozim.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Bemorni umumiy tekshirish tartibi qanday?
2. Bemorning pozitsiyasi turlarini ayting .
3. Konstitutsiya turlarini sanab o'ting va tavsiflang .
4. Teri osti yog'ini o'rganish nimani beradi?
5. Mushaklar holati qanday tekshiriladi?
6. Nafas olish tizimini tekshirish tartibi qanday?
7. Ko'krak qafasi tekshirilganda nima aniqlanadi?
8. Nafas olish sonini qanday hisoblash mumkin?
9. Ko'krak qafasi qanday palpatsiya qilinadi?
10. Ovoz tremorini qanday aniqlash mumkin?
11. Ko'krak perkussiyasining qanday turlarini bilasiz?
12. O'pka auskultatsiyasi qanday amalga oshiriladi?
13. Yurak perkussiyasi - turlari va texnikasi .
14. Yurak auskultatsiyasi - texnikasa .
15. Pulsni tekshirishda nimalar aniqlanadi?
16. Qorin bo'shlig'i a'zolari fizikal tadqiqotlarning tartibi qanday?
17. Obrastsov - Strazhesko bo'yicha chuqur, sirpanish, topografik, uslubiy palpatsiya qilish tartibi va texnikasi qanday?
18. Ichakni palpatsiya qilish qanday amalga oshiriladi?
19. Oshqozon palpatsiyasi qanday amalga oshiriladi?
20. Oshqozon patologiyasidagi og'riq nuqtalarini sanab o'ting
21. Oshqozonning pastki chegarasini aniqlash usullarini sanab o'ting va ularni amalga oshirish texnikasini aytib bering .
22. M.G. Kurlovga ko'ra jigar hajmini perkussiya bilan aniqlash qanday amalga oshiriladi. ?
23. O't pufagi patologiyasining og'riqli nuqtalari qanday?
24. O't pufagi patologiyasida og'riq belgilarini sanab o'ting
25. Taloqni o'rganishni o'tkazing
26. Buyraklarni palpatsiya qiling
27. F.I. Pasternatskiyning alomati qanday aniqlanadi.?
28. Turtki simptomi qanday aniqlanadi?
29. Buyrak tomirlari auskultatsiyasi qanday amalga oshiriladi?
30. Buyrak kasalliklarida og'riqli nuqtalar qanday?

NAZORAT TESTLARI

1. Bemor K., 56 yoshda yurak kasalligi bilan terapevtik bo'limda davolanadi va yotoqda. Bunday bemorlarda shish ko'pincha qayerda paydo bo'ladi?

- A. Bel-dumgaza sohasida
- B. Oyoq tovonlarida
- C. Ko'zlar ostida
- D. Qo'llarda
- E. Oyoqlarda.

2. Bemor gipertoniya kasalligi tashxisi bilan terapevtik bo'limga yotqizildi. Bemorning irsiy tarixi to'g'risida so'rovda shifokor nimani aniqlaydi?

- A. Bemor ota-onasi qon bosimining ko'tarilishi bilan xastalanganmi?
- B. Xotini qon bosimining ko'payishiga shikoyat qiladimi;
- C. Xotining ota-onalari qon bosimini oshirishga shikoyat qiladimi;
- D. Yoki erta bolalikdagi arterial gipertenziya kuzatilganmi.
- E. Qon bosimining ko'tarilishi qancha vaqtdan beri mavjud.

3. Bemor jigar kasalligi bilan gumon qilingan terapevtik bo'limga yotqizildi. Shifokor hayot tarixi bilan qiziqganda bemordan nimalarni so'raydi?

- A. Bemor o'tmishda kasalxonada ko'p yotqizilgan;
- B. O'tmishda bemor gemotransfuziya olganmi;
- C. U o'tmishdagi jigar sirtozi bilan xastalanganmi, yoki yo'qmi;
- D. O'tmishda bemorda qon bosimi ko'tarilganmi.
- E. Revmatizm bilan xastalanganmi.

4. Bemor tana harorati kotarilishi, yo'tal, ko'krakning o'ng yarmida og'riq, hansirash, yurakdagi og'riq. So'rov qaysi tizim va organlardan boshlanadi?

- A. Nafas olish;
- B. Ovqat hazm qilish;
- C. Yurak-qon tomir;
- D. Har qandaysidan;
- E. Sog'lom tizimdan.

5. "Anamnez vitae" bo'limida shifokor qanday ma'lumot olishi kerak?

- A. "Professional marshrut";
- B. Kasallikning paydo bo'lishining sababi;
- C. Kasallik boshlanishining tabiati;
- D. Kasallikning davomiyligi.
- E. Klinikaga kelgan paytida bemorni nima bezovta qilmoqda.

6. Terining rangparligi qaysi holatlarda uchramaydi?

- A. Anemiyada
- B. Qon yo'qotishda
- C. Buyrak etishmovchiligida
- D. Gepatitda
- E. Kollapsda

7. Odatda limfa tugunlari:

- A. Paypaslab bo'lmaydi;
- B. diametri 1-2 mm dan paypaslanadi;
- C. diametri 3-4 mm dan paypaslanadi;
- D. diametri 4-5 mm dan paypaslanadi;
- E. diametri 5-6 mm dan paypaslanadi.

8. Allergik anamnez qaysi bo'limga kiradi?

- A. Bemorning shikoyatlari;
- B. asosiy kasallik tarixi;
- C. Hayot anamnezi;
- D. Tizim a'zolarini tekshirishda;
- E. Pasport tafsilotlari

9. O'qituvchi talaba bilan birga bemorni ko'rib chiqdi. Subyektiv ko'rikdan so'ng talaba bemorning birlamchi va ikkilamchi shikoyatlarni ajratish vazifasini oldi. Asosiy shikoyatlarga nima kiradi?

- A. Asosiy patologiyaga xos bo'lgan shikoyatlar.
- B. Qo'shimcha kasallik bilan birga keladigan shikoyatlar.
- C. Umumiy tabiat shikoyatlari (holsizlik, darmonsizlik, ishtahaning pasayishi, yomon uyqu).
- D. Bemorni eng ko'p bezovta qiladigan shikoyatlar.
- E. Shifokorning so'zlariga ko'ra, Shikoyatlarga hayot uchun xavfli holatga olib kelishi mumkin.

10. Teridagi toshmalar quyidagi hollarda kuzatiladi:

- A. Surunkali bronxit
- B. Qon shakllanishi patologiyasida
- C. Yara kasalligida
- D. Yurak ishemik kasalligida
- E. Surunkali kolida

11. Teri rangi nimaga bog'liq?

- A. Gemoglobin ta'siridan
- B. Teri tomirlarining qon bilan ta'minlanishi
- C. Teri qalinligidan
- D. Pigment miqdoridan
- E. Yuqorida keltirilganlarning barchasi

12. "Umumiy ko'rik nima?" - degan savolga qanday javob berish mumkin?

- A. Teri va shilliq pardalarni tekshirish;
- B. Patologik jarayon joylashgan sohani tekshirish;
- C. Patologik jarayon joylashishidan qat'iy nazar, butun tanani boshdan oyoqqacha tekshirish;
- D. Bemorning ob'ektiv tekshiruvi;
- E. Tananing alohida qismlarini tekshirish.

13. Konstitutsiyaning giperstenik turi xarakterlanadi:

- A. ko'ndalang ulchamlarning uzunasiga o'lchamlardan ustunligi
- B. uzunasiga o'lchamlarning ko'ndalang ulchamlardan ustunligi
- C. qon bosimining pasayishi;
- D. qon bosimining ko'payishi;
- E. Buyrak usti bezlari va jinsiy bezlarining giperfunktsiyasi.

14. Girsutizm nimaning belgisi bo'lishi mumkin:

- A. Revmatizm
- B. Akromegalya
- C. Nefrit
- D. Gipertonik kasallik
- E. Eshak emi.

15. Ko'zlar cho'kishi, uchli yuzning o'ziga xos xususiyatlari, terining ko'k rangli rangpar bo'lishi, sovuq terining tomchilari bilan qoplangani qaysi kasallikka xos?

- A. Gipokratik yuz
- B. Korvissarning yuzi
- C. Based yuzi
- D. Miksdematoz yuzi
- E. Nefrotik bemor

16. Miya qon ketishi bilan koma paydo bo'ladi:

- A. gipoglikemik
- B. epileptik
- C. giperglikemik
- D. apopleksiya
- E. uremik

17. Yonoqlarda, lablarda, quloqlarda va burunlarda binafsha rang tusli siyanoz qaysi kasallikda bo'ladi?

- A. gipertoniyada
- B. bronxial astmada
- C. septik endokarditda
- D. mitral nuqsonlarda

18. Konstitutsiyaning astenik turi quyidagilar bilan tavsiflanadi:

- A. bo'yin, qo'l va oyoqlarning qisqa bo'lishi
- B. tor yassi ko'krak
- C. o'tmas epigastral burchak
- D. uzun bo'yin, qo'l va oyoq
- E. to'g'ri B, D

19. To'lqinlarga o'xshash isitma qachon paydo bo'ladi?

- A. brutsellyozda
- B. pnevmoniyada
- C. limfogranulomatozda
- D. to'g'ri A, B
- E. to'g'ri A, C

20. Doimiy isitma qachon uchraydi?

- A. brutsellyozda
- B. tifda
- C. pnevmoniyada
- D. limfogranulomatozda
- E. to'g'ri B, C

Javoblar .

1-B; 2-A; 3-B; 4-A; 5-A; 6-D; 7-A; 8-C; 9-A;

10-B; 11-E; 12-C; 13-A; 14-B; 15-A; 16-D; 17-D; 18-E;

19-E; 20-E

ASOSIY ISHLATILGAN ADABIYOT

1. Бутов М.А. Пропедевтика внутренних болезней: учебное пособие / М.А. Бутов.- М.: ФОРУМ, 2011.- 512 с.
2. Бутов М.А. [и др.]. Физические методы обследования человека: учебное пособие для самоподготовки к практическим занятиям по пропедевтике внутренних болезней студентов 3 курса лечебного факультета/- Рязань: ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2019.- 78 с.
3. Гаусман Э.О. Основы методичнаго прощупыванія желудочно-кишечнаго тракта помощью топографической скользящей глубокой пальпации/ Э.О. Гаусман. – М.: Изданіе А.А. Карцева, 1912.- 255 с.
4. Диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения / В.А. Максимов [и др.]. – М. – Изд-во «Адамант», 2016.- 848 с.
5. Образцов В.П. Къ физическому изслѣдованію желудочно-кишечнаго канала и сердца / В.П. Образцов - Киев: ИИКСММ, 1915. – 305 с.
6. Руководство по пропедевтике внутренних болезней / под ред. П.М. Киреева. – М., 1976. – 420 с.
7. Черноруцкий М.В. Диагностика внутренних болезней / М.В. Черноруцкий. – Л.: Медгиз, 1953. – 659 с.
8. Шелагуров А.А. Пропедевтика внутренних болезней: учебник / А.А. Шелагуров. – М.: Медицина, 1975. – 479.

MUNDARIJA

KIRISH.....	3
DOKTORNI O'QITISHDA ICHKI KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASINING O'RNI.....	4
TIBBIYOTDA IXTISOSLASHUV VA INTEGRATSIYANING AHAMIYATI..	5
KASALLIKLARNING OLDINI OLISH ASOSLARI, ICHKI KASALLIKLARNING XAVF OMILLARI KONTSEPSIYASI.	6
XAVF OMILLAR.....	8
Fremingem tadqiqotining tarixi.....	9
O'zgaruvchan va o'zgarmas xavf omillari.	12
Birlamchi va ikkilamchi profilaktika.....	13
DIAGNOSTIKADAGI TARAQQIYOT VA PATOLOGIYA EVOLYUTSIYASI	14
DAVOLASHDAGI TARAQQIYOT	15
GCP - SIFATLI KLINIK AMALIYOTI.....	17
TARIXIY OCHERK.....	18
BEMOR BILAN TANISHUV.	28
Tekshirishning tartibi va to'liqligi	29
Diagnostik jarayon.....	30
Simptomdan tashxisga qadar	33
TIBBIY HUJJATLAR	36
Kasallik tarixi	36
Kundalik	37
Harorat varaqasi.....	37
Epikriz.....	37
DOKTOR VA BEMORNING MUNOSABATI.....	38
Deontologiya	38
So'nggi tibbiy ma'lumotlar	39
BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI	41
So'rab surishtirish.	42
Tarixiy ma'lumot.....	43
So'rovning asosiy tarkibiy qismlari	43
Shikoyatlar	44

KASALLIK ANAMNEZI	46
HAYOT ANAMNEZI	46
O'tmish kasalliklari	47
Irsiy tarix	47
Kasbiy tarix	48
Bemorning psixologik holati	50
FIZIKAL TEKSHIRISH USULLARI TUSHUNCHASI	50
Anatomik sohalar	51
Ko'krak qafasining shartli chiziqlari	53
Umumiy tekshirish	54
Paypaslash (palpatsiya).....	54
To'qillatish (perkussiya)	55
Eshitish (auskultatsiya).....	61
QO'SHIMCHA TADQIQOT USULLARI TUSHUNCHASI	63
Laboratoriya usullari.....	63
Instrumental usullar	64
UMUMIY TEKSHIRISH.....	64
Bemorni umumiy ko'rik tartibi	65
Ong	65
Holat.....	66
Konstitutsiya turi.	66
Yuz.....	67
Teri qoplamlari	68
Ko'rinadigan shilliq pardalar.....	69
Teri osti yog 'to'qimasi.....	69
Limfa tizimi.....	71
Mushaklar.....	72
Suyaklar.....	74
Bo'qumlar	75
NAFAS OLISH TIZIMINI O'RGANISH.....	76
Burun.....	76
Halqum.....	76
Ko'krak qafasi tekshiruvi.	77

Ko'krak qafasi tuzilishini o'rganish	77
Ko'krak qafasining patologik shakllari	77
Ko'krak yarmi simmetriyasini baholash	80
Nafas olish harakatlarining turi	80
Ko'krak qafasi qismlarining nafas olishda ishtirok etish simmetriyasini aniqlash	81
Nafas olish harakati sonini hisoblash (NOS)	81
Nafas olish chuqurligini aniqlash	82
Nafas olish ritmini aniqlash	82
Ko'krak qafasining nafas olish ekskursiyasini aniqlash	82
Ko'krak qafasi palpatsiyasi	83
Ko'krak qafasidagi og'riqni aniqlash	84
Ko'krak qafasi rezistentligini (rigidligini, elastikligini) aniqlash	84
Ovoz titrashini aniqlash	85
Ko'krak qafasi perkussiyasi	86
Qiyosiy perkussiya	86
Topografik perkussiya	88
Krenig maydonlarining kengligini aniqlash	89
O'pka pastki chegaralarini harakatini aniqlash	89
O'pka auskultatsiyasi	89
Bronxofoniya	90
QON AYLANISH TIZIMINI O'RGANISH	90
Yurak sohasini tekshirish	90
Yurak sohasini palpatsiya qilish	91
Yurakning perkussiyasi	94
Yurakning nisbiy tumtoqlik chegaralarini aniqlash	94
Yurakning mutlaq tumtoqlik chegaralarini aniqlash	98
Qon tomir to'plamining chegaralarini aniqlash	100
Yurak auskultatsiyasi	100
Pulsni o'rganish	102
Qon bosimini o'lchash	104
OVQAT HAZM QILISH TIZIMINI O'RGANISH	105
Qorin bo'shlig'i a'zolarini (fizikal) tekshirish tartibi	105

Qorin sohasini ko'rish.	105
Qorin bo'shlig'ini yuzaki (taxminiy) palpatsiya qilish	107
Zaxaryin-Ged ten giperesteziyasi zonalarini aniqlash.....	109
Qorin perkussiyasi.	109
Qorin auskultatsiyasi.....	110
V.P. Obraztsov va N.D. Strajeskoga ko'ra chuqur, sirpanish, topografik palpatsiya	111
Ichaklar palpatsiyasi	111
Oshqozon palpatsiyasi.	114
Me'da pastki chegarasini aniqlash usullari.....	115
Privratnikni palpatsiya qilish.	116
Oshqozon kasalliklarida og'riq nuqtalarini aniqlash.....	116
Oshqozonosti bezini tekshirish.....	117
Jigarni tekshirish.....	119
Jigar palpatsiyasi.	120
O't pufagini tekshirish.	121
O't pufagi patologiyasida og'riq nuqtalari.	122
O't pufagi patologiyasida og'riq belgilari.	122
Taloqni tekshirish.	123
Taloqning perkussiyasi.	123
Taloqni palpatsiya qilish.....	124
To'g'ri ichakni tekshirish.	125
SIYDIK CHIQRISH TIZIMINI TEKSHIRISH.....	126
Buyraklarni palpatsiya qilish.....	126
Buyrak perkussiyasi	129
F.I. Pasternatskiy simptomini aniqlash.	130
Buyrak tomirlarining auskultatsiyasi.....	131
Buyrak kasalliklarida og'riq nuqtalari.....	131
XULOSA	132
NAZORAT SAVOLLARI	133
NAZORAT TESTLARI	134
Javoblar	137
ASOSIY ISHLATILGAN ADABIYOT.....	138

ISHANKULOVA D.K., RUZIYEVA A.A.

**ICHKI KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASIDA
BEMORNI UMUMIY OBYEKTIV TEKSHIRUV
USULLARI**

O'quv qo'llanma

Guvohnoma raqami 500-861

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA
Musahhih — Anvar UMRZOQOV
Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV
Dizayner va sahifalovchi — Zarina NUSRATULLAYEVA

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.
Pochta indeksi 140100. Samarqand shahar,
Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 17-uy.
Bosishga 31.03.2021 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 8
Bichimi 60x84^{1/16}. “Times New Roman” garniturasida. 8,37 bosma taboq.
Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 11/2022
Tel/faks: +998 93 199-82-72, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com

