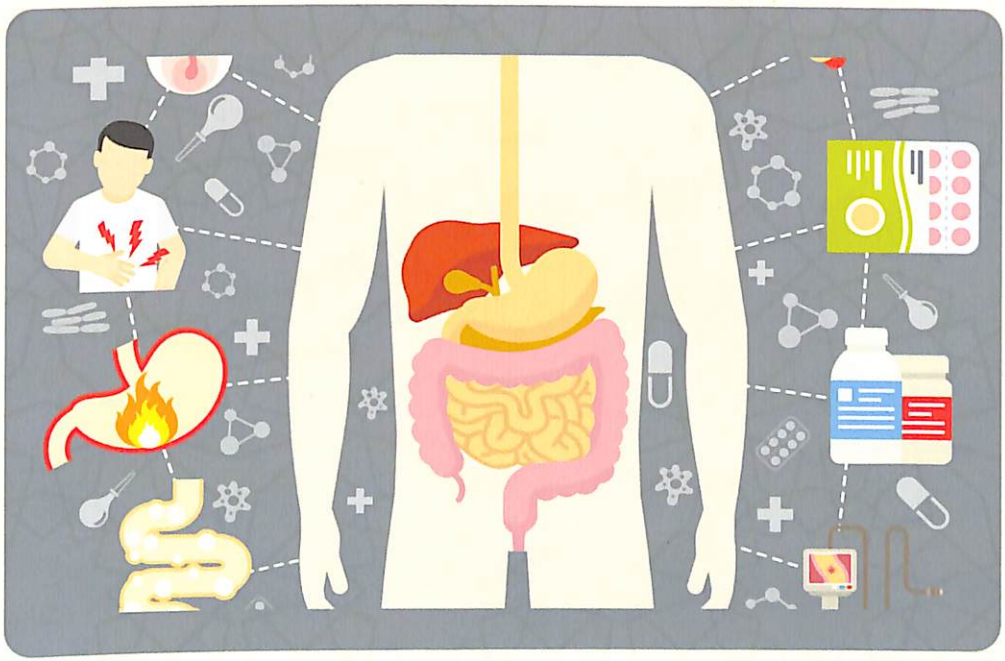
616.1/4
N 280

NASIROVA A.A.

ICHKI KASALLIKLAR

O'quv qo'llanma



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIY TA'LIM, FAN VA INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

NASIROVA A.A.

Bilim sohasi-Ijtimoiy ta'minot va sog'liqni saqlash-900000
Talim sohasi- Sog'liqni saqlash-910000

"ICHKI KASALLIKLAR"

O'quv qo'llanma
Tibbiy profilaktika ishi- 60910400
ta'lim yo'nalishi uchun

SamDTU
axborot-resurs markazi
323269

ARTEX NASHR
SAMARQAND – 2025

UDK: 616.248-07 / N 31

BBK: 54.1ya73

NASIROVA A.A., "ICHKI KASALLIKLAR", SAMARQAND ARTEX NASHR 2025 138 - BET

Tuzuvchilar:

Nasirova Aziza Akbarovna -Samarqand davlat tibbiyot universiteti pediatriya fakulteti ichki kasalliklar kafedrasi dotsenti, PhD

Taqrizchilar:

Kilichev A. Shayhontohur TTB boshlog'I DSc

Pulatov U.S. Samarqand davlat tibbiyot universiteti 3-ichki kasallik kafedrasi dotsenti, PhD;

Ushbu o'quv qo'llanma 60910400- Tibbiy profilaktika ishi yo'nalishi bo'yicha Oliy-kasb hunar ta'limi Davlat ta'lim standartlariga muvofiq tayyorlangan. Qo'llanma zamonaviy tibbiyotning eng muhim va dolzarb yo'nalishlaridan biri bo'lgan ichki kasalliklar sohasida talabalarga zarur nazariy bilimlar hamda amaliy ko'nikmalarni shakllantirishga qaratilgan. Mazkur fan bemorni to'liq klinik baholash, kasallikni erta aniqlash, to'g'ri tashxis qo'yish va individual davolash rejasini tanlashda shifokorning kasbiy tayyorgarligini oshiradi.

ISBN: 978-9910-8467-4-8

4064

© ARTEX NASHR SAMARQAND
© NASIROVA AZIZA AKBAROVNA

MUNDARIJA

QISQARTMA SO'ZLAR 4
KIRISH 5
I BOB. NAFAS OLISH A'ZOLARI KASALLIKLARINING SEMIOTIKASI 6
1.1 ZOTILJAM. 6
1.2. BRONXITLAR. 11
II BOB. YURAK QON-TOMIR A'ZOLARI KASALLIKLARINING SEMIOTIKASI 18
2.1. GIPERTONIYA KASALLIGI 18
2.2. YURAK ISHEMIK KASALLIGI. STENOKARDIYALAR 26
2.3. MIOKARD INFARKTI. MIOKARD INFARKTINING ERTA VA KECHKI ASORATLARI 35
2.4. O'TKIR REVMATIK ISITMA 43
2.5. YURAKNING ORTTIRILGAN NUQSONLARI. MITRAL KLAPAN NUQSONLARI 47
2.6. YURAKNING ORTTIRILGAN NUQSONLARI. AORTAL KLAPAN NUQSONLARI AORTA STENOZI 57
III BOB. HAZM QILISH A'ZOLARI KASALLIKLARINING SEMIOTIKASI. 68
3.1. SURUNKALI GASTRIT 68
3.2. ME'DA VA 12 BARMOQ ICHAK YARA KASALLIGI 72
IV BOB. SIYDIK TANOSIL TIZIMINING SEMIOTIKASI 79
4.1. SURUNKALI PIELONEFRIT 79
4.2. SURUNKALI GLOMERULONEFRIT 83
V BOB. TAYANCH HARAKAT TIZIMI SEMIOTIKASI 90
5.1. BO'G'IM KASALLIKLARI: REVMATOID ARTRIT 90
5.2 BO'G'IM KASALLIKLARI DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASI 95
TESTLAR 105
ADABIYOTLAR RO'YXATI 131
QO'SHIMCHA ADABIYOTLAR 132
GLOSSARIY 133

QISQARTMA SO'ZLAR

YIQ — Yurak ishemik kasalligi

MIO — Miokard infarkti o'tkir davri

MI — Miokard infarkti

KB — Kardial bo'shashuv (yurak yetishmovchiligi)

O'YY — O'tkir yurak yetishmovchiligi

SYY — Surunkali yurak yetishmovchiligi

AG — Arterial gipertenziya

GK — Gipertenziv kriz

FA — Fibrillyasiya atriya (yurak lappilashi)

EK — Endokardit

MK — Miokardit

PK — Perikardit

MIO — Miokard infarkti o'tkir davri

NYUS — Nafas yetishmovchiligi sindromi

XOBL — Surunkali obstruktiv bronxit va o'pka kasalligi

BA — Bronxial astma

OYY — O'tkir yurak yetishmovchiligi

SYY — Surunkali yurak yetishmovchiligi

AG — Arterial gipertenziya

GK — Gipertenziv kriz

QD — qandli diabet

GKS — Gormonal kortikosteroidlar

NSAID — Steroidal bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar

KIRISH

"Ichki kasalliklar" fanining asosiy maqsadi — ichki a'zo va tizimlar patologik jarayonlarini o'rganish, ularning kelib chiqish sabablari, rivojlanish mexanizmlari, klinik belgilarini, diagnostikasi va davolash usullarini talabalarga chuqur nazariy va amaliy bilimlar asosida yetkazib berishdan iborat. Ushbu fan umumiy tibbiyot, pediatriya, terapiya va profilaktika yo'nalishlarida tahsil olayotgan har bir talabaga kelajakdagi kasbiy faoliyatida muhim o'rin tutadi.

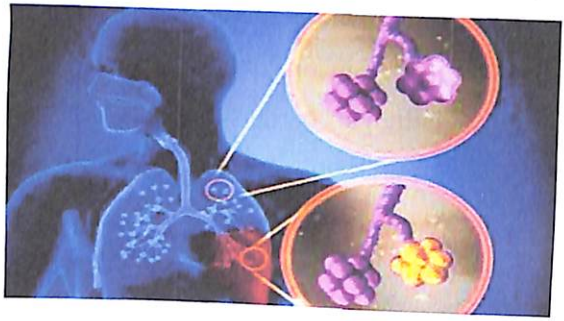
Ichki kasalliklar inson organizmida eng ko'p uchraydigan va aholining salomatligiga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan patologiyalar qatoriga kiradi. Yurak-qon tomir, nafas olish, ovqat hazm qilish, endokrin, buyrak va boshqa tizim kasalliklarini chuqur bilish har bir mutaxassis uchun alohida ahamiyatga ega. Chunki zamonaviy tibbiyotda malakali shifokor klinik fikrlash qobiliyatiga, bemor holatini to'g'ri baholashga va zamonaviy diagnostika hamda davolash standartlari asosida qaror qabul qilish malakasiga ega bo'lishi kerak.

Mazkur kirish bo'limida faning ahamiyati, asosiy vazifalari hamda o'quv jarayonida shakllantiriladigan kompetensiyalar yoritilgan bo'lib, talabalar uchun keyingi mavzularni mukammal o'zlashtirishga mustahkam nazariy asos yaratadi.

I BOB. NAFAS OLISH A'ZOLARI KASALLIKLARINING SEMIOTIKASI

1.1 ZOTILJAM.

Zotiljam -bu o'tkir infeksion-yallig'lanishli kasallik bo'lib, ularni bakteriyalar, viruslar, protozoy yoki zamburug'lar sporasi chaqiradi. Bunda asosan yallig'lanish jarayoni alveolalar va o'pkaning interstitial qismlari zararlanadi va alveolalar bo'shlig'iga ko'p miqdorda yallig'lanish suyuqligining chiqishi bilan xarakterlanadi (**1.1.1-rasm).**



1.1.1-rasm

Zotiljam tasnifi

Infeksiyaning sharoitlariga qarab, quyidagilar mavjud:

- Shifoxonadan tashqari zotiljam
- Shifoxona ichi zotiljami
- Atipik zotiljam
- Aspiratsion zotiljam
- Immunnodefisit (OITS bilan kasallanganlarda) zotiljam

Ta'sir etuvchi omilga qarab, quyidagilar mavjud:

- Bakterial
- protozoyli (ko'pincha mikoplazma) tufayli kelib chiqqan;
- virusli
- zamburug'li
- aralash floradan kelib chiqqan pnevmoniya.

Bundan tashqari, pnevmoniyaning quyidagi turlari mavjud:

- bir yoki ikki tomonlama;
- o'pkaning funktsional buzilishlari bilan birga yoki ularsiz;
- segmentar, polisegmental, lobulyar, lobar, subtotal;
- asoratlangan va asoratlanmagan:
- o'tkir yoki uzoq muddatli kechishi bilan;
- yengil, o'rta og'ir va og'ir.

Zotiljam rivojlanishining asosiy mexanizmlari:

Og'iz sekretsiyalari aspiratsiyasi zotiljam rivojlanishining eng keng tarqalgan mexanizmidir. Odatda, inson og'iz bo'shlig'i steril emas va unda bakteriyalar doimo mavjud bo'lib, ular yuqori nafas yo'llarida kasalliklarning rivojlanishiga olib kelmaydi. Shu bilan birga, pastki nafas yo'llari doimo steril bo'lib qolishi kerak va bu shilliq qavatning tozalanishi (nafas yo'llarining shilliq qavatida joylashgan siliar hujayralar kiprikchalarining harakati tufayli pastki nafas yo'llaridan turli patogenlarni jismoniy olib tashlash), yo'tal refleksi va pastki nafas yo'llarining antibakterial faolligi bilan ta'minlanadi.

Patogenezi

Zotiljamning yuqumli patogenlari bronxogen, gematogen yoki limfogen yo'llar bilan o'pkaga kiradi. Alveolalarda himoya bronxopulmonar to'siqning pasayishi bilan yuqumli yallig'lanish rivojlanadi, u o'tkazuvchan alveolyar to'siq orqali o'pka to'qimalarining boshqa qismlariga tarqaladi. Alveolalarda ekssudat hosil bo'ladi, bu o'pka to'qimalari va qon tomirlari o'rtasida kislorod gaz almashinuviga to'sqinlik qiladi. Kislorod va nafas olish yetishmovchiligi, zotiljamning murakkab kechishi bilan yurak yetishmovchiligi rivojlanadi.

Zotiljam rivojlanishida 4 bosqich ajratiladi:

- ***quyilish bosqichi*** (12 soatdan 3 kungacha) - o'pka tomirlarining keskin qon bilan to'ldirilishi va alveolalarda fibrinoz ekssudatsiya bilan tavsiflanadi;
- ***qizil jigqrlanish bosqichi*** (1 dan 3 kungacha) – o'pka to'qimalarining siqilishi, tuzilishi jigarga o'xshaydi. Alveolyar ekssudatda eritrotsitlar ko'p miqdorda topiladi;

- ***kulrang jigarlanish bosqichi*** - (2 dan 6 kungacha) - eritrotsitlarning parchalanishi va leykotsitlarning alveolalarga massiv chiqishi bilan tavsiflanadi;
- ***qaytalanish bosqichi***-o'pka to'qimalarining normal tuzilishi tiklanadi.

Zotiljam simptomlari

O'pka yallig'lanishining klinik ko'rinishi ko'p jihatdan zaralanish hajmiga bog'liq. Zotiljamning namoyon bo'lishi o'pka va o'pkadan tashqari belgilarga bo'linadi. O'pka namoyon bo'lishiga yo'tal, ko'krak qafasidagi og'riq, nafas qisilishi kiradi. O'pkadan tashqari - isitma, intoksikatsiya sindromi, laboratoriyada yallig'lanish sindromi bilan tavsiflanadi.

Yo'tal o'pka yallig'lanishining xarakterli belgisi hisoblanadi. Kasallik boshlanganidan keyingi birinchi yoki ikkinchi kunida bemorni faqat yengil yo'tal bezovta qilishi mumkin, keyinchalik yo'tal yanada kuchayadi, shilliq-yiringli balg'am paydo bo'ladi.

Ko'krak qafasidagi og'riqlar bo'lakli zotiljamga eng xos belgi hisoblanadi, chunki bu holda plevra yallig'lanish jarayonida ishtirok etadi. Odatda, bunday og'riq to'satdan paydo bo'ladi, nafas olish chuqurligida kuchayadi. Katta yallig'lanishlarda nafas olish harakatida ko'krak qafasining ta'sirlangan yarmida nafas olish jarayonida orqada qolish bo'lishi mumkin.

Hansirash ko'pincha zararlangan o'pka to'qimalarining hajmi bilan bog'liq. Shunday qilib, kichik o'choqli zotiljamda hansirash zo'rayib borib, nafas olish harakatlarining tezligi daqiqada 30 martagacha ko'payadi. Shu bilan birga, bemorlar ko'krak qafasidagi tiqilish hissi haqida shikoyat qilishlari mumkin.

Bundan tashqari umumiy xolsizlik va mushakda og'riqlar, tana haroratining ko'tarilishi, bo'g'imlarda og'riq, ortiqcha terlash, bosh og'rig'i va ishtahaning pasayishi kabi belgilar paydo bo'lishi mumkin. Og'ir holatlarda alaxsirash paydo bo'ladi.

Zotiljamda isitma doimiy bo'lmagan belgi bo'lishi mumkin. Qoida tariqasida, kasallikning boshida tana haroratining 38-39*C gacha ko'tarilishi kuzatiladi, bu qisqa vaqt ichida isita tushurish dorilari

yordamida bartaraf etiladi. Ammo immunitetning pasayishi bilan, keng zararlanganda, pnevmoniya isitmasiz davom etishi mumkin.

Tashxislash

Zotiljamni tashxislashda bir vaqtning o'zida bir nechta muammolar hal qilinadi: yallig'lanishning boshqa o'pka jarayonlari bilan differentsial diagnostikasi, zotiljamning etiologiyasi va og'irlik darajasi (asoratlarini) aniqlash. Bemorda zotiljamni simptomatik belgilar asosida shubha qilinishi kerak: isitma va intoksikatsiyaning tez rivojlanishi, yo'tal.

Fizik tadqiqotlar. O'pka to'qimalarining siqilishi (o'pka tovushining perkussiya tumtoqligi va bronxofoniyaning kuchayishi asosida), xarakterli auskultativ belgilar – o'choqlida, nam, mayda pufakchali, jarangdor xirillash yoki krepitatsiya (krupoz) aniqlanadi.

Laborator tekshiruvlar. Zotiljam uchun umumiy qon tahlilidagi o'zgarishlar leykotsitoz 15 dan 30 $x10^9/l$ gacha, leykotsitlar formulasining 6-30% gacha tayoqchali siljishi, ECHTning 30-50 mm/soatgacha ko'tarilishi bilan tavsiflanadi. Siydikning umumiy tahlilida proteinuriya, kamroq mikrogematuriya aniqlanishi mumkin. Balg'amni bakteriologik tahlil qilish patogenni aniqlashga va uning antibiotiklarga sezgirligini aniqlashga imkon beradi.

O'pka rentgenografiyasi. Zotiljam uchun rentgenografiya odatda kasallikning boshida va 3-4 haftadan so'ng yallig'lanishning kechimini nazorat qilish va boshqa patologiyani (ko'pincha bronxogen o'pka saratoni) istisno qilish uchun amalga oshiriladi. Zotiljamning har qanday turi bilan jarayon ko'pincha o'pkaning pastki bo;laklarida aniqlanadi. Rentgenografiyada quyidagi o'zgarishlar aniqlanishi mumkin: parenximal (turli lokalizatsiya va uzunlikdagi fokal yoki diffuz qorayish); interstitsial (perivaskulyar va peribronxial infiltratsiya tufayli o'pka naqshlari kuchaytirilgan).

Ultratovush tekshiruvi. Ekokardiyografiya va plevra bo'shlig'ining ultratovush tekshiruviga ko'ra, ba'zida plevrada suyuqlik aniqlanadi.

Davolash

Zotiljam bilan og'rigan bemorlar odatda umumiy terapiya yoki pulmonologiya bo'limiga yotqiziladi. Isitma va intoksikatsiya davrida yotoqda dam olish, mo'l-ko'l iliq ichimlik, yuqori kaloriya, vitaminlarga

boy ovqatlanish buyuriladi. Nafas olish yetishmovchiligining og'ir darajali zotiljam bilan og'rigan bemorlarga kislorod ingalatsiyasi buyuriladi. Davolashning asosiy yo'nalishlari:

Antibiotiklar. Ushbu dorilar bakterial pnevmoniyani davolash uchun ishlatiladi. Odatda, mikrobiologik tekshiruv natijalarini olishdan oldin keng spektrli antibiotik buyuriladi. Pnevmoniyani keltirib chiqaradigan bakteriyalar turini aniqlash va davolash uchun to'g'ri antibiotikni tanlash uchun vaqt kerak bo'lishi mumkin. Agar bemorning ahvoli yaxshilanmasa, odatda 2-3 kun ichida antibiotik o'zgaradi.

Yo'talga qarshi dorilar. Yutalish o'pkadan balg'amni olib tashlashga yordam berganligi sababli, yo'taldan butunlay xalos bo'lmaslik kerak. Bundan tashqari, siz bilishingiz kerakki, retseptsiz yo'talga qarshi dorilarning samaradorligi bo'yicha juda kam tadqiqotlar mavjud. Agar siz yo'talni bostiruvchi vositani qabul qilishni tanlasangiz, dam olishga yordam beradigan eng past dozadan foydalaning. Balg'amni chiqarishni osonlashtiradigan, yo'tal refleksini inhibe qilmaydigan ekspektoran preparatlarini alohida ta'kidlash kerak.

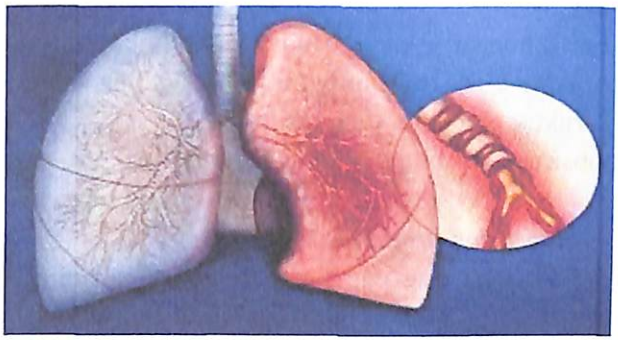
Antipiretik / Og'riq Qoldiruvchi Vositalar. Siz ularni yuqori isitmani pasaytirish va plevra og'rig'i uchun ko'krak qafasidagi noqulaylikni kamaytirish uchun kerak bo'lganda qabul qilishingiz mumkin. Bularga paratsetamol, aspirin, ibuprofen va boshqa yallig'lanishga qarshi dorilar kiradi.

Asoratlar

Pnevmoniyaning jiddiy asoratlari quyidagilar bo'lishi mumkin: o'pka xo'ppozi va gangrena, plevrit, plevra empiemasi, obstruktsiya, o'tkir nafas etishmovchiligi, endokardit, perikardit, meningit, o'pka shishi, sepsis. Shuningdek, pnevmoniyadan so'ng deyarli har bir bemorda o'pkada chandiqlar paydo bo'ladi.

1.2. BRONXITLAR.

O'pkaning shilliq qavatining yoki bronxial devorining butun qalinligi yallig'lanishi **bronxit** deb ataladi. Ushbu kasallikda bronxlar shishadi va ko'p miqdorda balg'am ajraladi (1.2.1-rasm).



1.2.1-rasm

Ba'zi hollarda bronxlar bo'shlig'i nafaqat shilimshiq bilan "tiqilib qolishi", balki torayishi ham mumkin – shunday qilib obstruktsiya paydo bo'ladi. Shu sababli havo bronxlar orqali erkin o'ta olmaydi va bemorning nafas olishi qiyinlashadi.

Bronxit turlari

Kechishiga ko'ra: bronxit o'tkir va surunkali bo'linadi.

Yo'tal bir oydan ortiq davom etmasa, o'tkir bronxit deyiladi. Surunkali bronxit kasallikning uzoq davom etadigan shaklidir. Surunkali bronxitning kuchayishi 1 oydan 3 oygacha davom etishi va yiliga bir necha marta takrorlanishi mumkin shuningdek, **bronxitlar sababiga ko'ra**:

- Infeksion-bakteriya yoki virus sababli
- Noinfeksion- allergik, kimyoviy va boshqa omillar sababli.

Joylashuviga ko'ra :

- Proksimal- katta bronxlarning yallig'lanshi
- Distal -kichik bronxlarning yallig'lanshi

Yallig'lanish tipiga ko'ra:

- kataral — balg'am shaffof;

yiringli — yiringli xira yashil va sarg'ish balg'am
yiringli-nekrotik — qon bilan aralashtirilgan balg'am, bronxlarl shilliq qavatining shikastlanishi natijasida paydo bo'ladi

Asoratlanishiga ko'ra:

- asoratlangan — boshqa infeksiyaning yoki patologiyaning qo'shilishi bilan;
- asoratlanmagan — hech qanday kasallikni ogirlashtiruvch omillarsiz.

Bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishiga ko'ra:

- obstruktiv –bronxlar torayishi bilan;
- noobstruktiv— bronxlar torayishisiz.

Bronxit sabablari

Infeksion bronxit sabablari

Bronxitning eng keng tarqalgan sababi o'tkir respirator virusli infektsiyalar (O'RVI). Ular shamollash va grippga olib keladigan bir xil viruslar bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Bakterial bronxit kamroq uchraydi. Bunga streptokokklar, pnevmokokklar va stafilokokklar sabab bo'lishi mumkin. Ba'zi hollarda bakterial bronxit asorat sifatida kasallikning virusli shakliga qo'shiladi.

Infeksion agentlar - bronxitning qo'zg'atuvchisi - kasal odamlar bilan yaqin aloqada bo'lgan havo tomchi yo'llari orqali o'tadi. Yo'tal va aksirish paytida ular 3 metrgacha bo'lgan masofagacha tarqaladi. Bundan tashqari, patogenlar mato, idish-tovoq, bolalar o'yinchoqlari va boshqa uy-ro'zg'or buyumlarida qolishi mumkin (agar kasal odam ular bilan aloqa qilgan bo'lsa).

Noinfeksion bronxit sabablari

Noinfeksion bronxit ko'pincha chekuvchilar va turli xil chang va bug'larni nafas oladigan ishlab chiqarish ishchilarida, shuningdek, allergiya bilan og'rigan odamlarda kuzatiladi. Agar bronxning asosiy qo'zg'atuvchisi bartaraf etilsa, kasallik juda tez o'tib ketadi.

Bronxitning rivojlanish mexanizmi

Infeksion bronxit virus yoki bakteriyalar bronxning shilliq qavatiga (epiteliyga) kirganda rivojlana boshlaydi. Infeksion agent unga kirib oladi, ko'payadi va hujayralarga zarar yetkazadi.

Immun tizimi ishg'olga ta'sir qiladi va immun hujayralari qon oqimi bilan bronxga o'tadi. Ular virusni yuqtirgan epiteliya hujayralarini bilan birga yo'q qiladi, shuningdek, yallig'lanish jarayonini qo'zg'atadi. Yallig'lanish shish paydo bo'lishiga olib keladi va shilliq qavatni himoya qilish uchun ko'proq shilimshiq - balg'am ajralishi paydo bo'ladi.

Noinfeksion bronxit epiteliyni qo'zg'atuvchi zarralar bronxga kirganda paydo bo'ladi: masalan" tutun, chang, allergen.

Bronxning yallig'lanishining sababi shilliq qavatning turli xil changlar bilan tirnash xususiyati, epiteliya hujayralarining kimyoviy shikastlanishi yoki allergik reaktsiya bo'lishi mumkin.

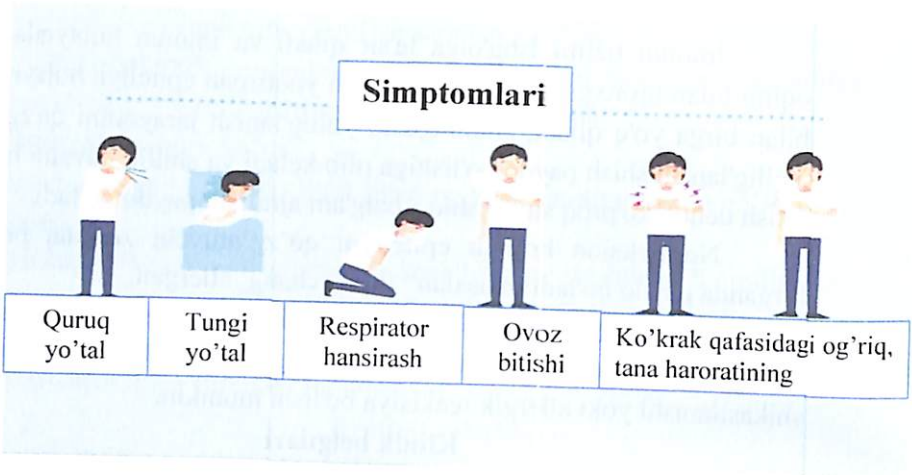
Klinik belgilari

Har qanday bronxitning asosiy klinik belgisi **yo'tal**dir. Avvaliga quruq bo'lishi mumkin, lekin bir necha kundan keyin shilimshiq paydo bo'ladi, bu yo'talayotganda ko'krak og'rig'i bilan birga bo'lishi mumkin. Nafas olish yo'llari torayib ketganda (to'siq) nafas qisilishi paydo bo'ladi.

Infeksion bronxit ko'pincha intoksikatsiya sindromi bilan kechadi. Bu patogen mikroorganizmlar o'zlarining chiqindilarini qonga ajratganida ya'ni toksinlar chiqarishni boshlaganda organizm umumiy yallig'lanish reaksiyasi bilan javob qaytaradi.

Bronxitda asosiy intoksikasiya belgilari quyidagilar:

- holsizlik,
- varaja,
- mushak va bog;imlardagi og'riqlar,
- bosh og'rig'i,
- tana haroratining ko'tarilishi (37–38 °C dan yuqori)(1.2.2-rasm)



1.2.2-rasm

Bronxit va pnevmoniya o'rtasidagi farqlar

Umuman olganda, yuqumli pnevmoniya va bronxit belgilari o'xshash, ammo bir xil emas. Pnevmoniya odatda to'satdan boshlanadi, tomoq og'rig'i, burun oqishi yoki yo'tal kabi dastlabki belgilarsiz. Shuningdek, pnevmoniya bilan, xirillash va nafas qisilishi paydo bo'ladi. Nafas olish og'riqli va qiyin bo'lishi mumkin, ba'zi hollarda qondagi kislorod miqdori kamayadi.

Pnevmoniyani bronxitdan ajratish uchun shifokor ko'krak qafasining rentgenogramma yoki kompyuter tomografiyasini buyurishi mumkin.

Bronxit asoratlari.

Zotiljam. Davolashsiz o'tkir infeksion bronxit pnevmoniyaga aylanishi mumkin. Alveolalar o'pkaning asosiy to'qimasi bo'lib, unda gaz almashinuvi sodir bo'ladi: kislorod qonga so'riladi va karbonat angidrid chiqariladi. Agar alveolalar yallig'langan bo'lsa, ularning funktsiyalari buziladi. Kasallik ko'pincha yuqori isitma (38 ° C dan yuqori), yo'tal va qonda kislorod kontsentratsiyasining pasayishi bilan kechadi. Pnevmoniya og'ir kechishi tufayli xavfli bo'lib, ko'pincha kasalxonaga yotqizishni talab qiladi.

Sepsis. Ba'zi hollarda, masalan, immunitet tanqisligi yoki og'ir davolanmagan infektsiya bilan, infeksion bronxit sepsisga olib kelishi

mumkin (qon zaharlanishi). Sepsisda patogenlar butun tanaga tarqaladi va boshqa organlarda yallig'lanishni chaqiradi.

Emfizema. Uzoq vaqt davomida surunkali bronxit doimiy obstruktsiyaga va bronxial shilliq qavatdagi o'zgarishlarga olib kelishi mumkin. Bu, o'z navbatida, o'pka to'qimasini asta-sekin "cho'zadi" og'ir surunkali kasallik bo'lgan emfizemga olib kelishi mumkin. Alveolalar elastikligini yo'qoladi va shishiradi, go'yo ular doimo nafas olish bosqichida bo'lib, keyin shikastlana boshlaydi.

O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi. Surunkali obstruktiv bronxit va emfizemning kombinatsiyasi surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (O'SOK) deb ataladi. Shu sababli, odamning nafas olishi juda qiyin bo'ladi va ko'pincha vaziyat barqaror rivojlanadi.

Bronxial astma. Agar bronxit surunkali bo'lsa va allergiya sabab bo'lsa, uning fonida bronxial astma rivojlanishi mumkin. Astmada bronxlar allergenga sezuvchanlikning oshishi tufayli shishiradi va ularning bo'shlig'i torayadi. Astma xuruji paytida nafas yo'llarining mushaklarining spazmi paydo bo'ladi, bronxlar bo'shlig'i juda kichik bo'ladi va bemor erkin nafas olish qobiliyatini yo'qotadi - bo'g'ilish boshlanadi.

Bronxitni tashxislash

Kasallikning umumiy klinik ko'rinishini o'rganishdan tashqari, bronxitni tashxislash uchun quyidagi instrumental va laboratoriya tadqiqotlari qo'llaniladi: umumiy qon tahlili, umumiy siydik tahlili, balg'amning mikrobiologik tahlili, O'pka rentgenogrammasi (fluorografiya), bronxoskopiya, bronxografiya.

Umumiy qon tahlili- O'tkir bronxitda leykotsitlar soni, asosan, neytrofillar tufayli ko'payishi mumkin. Surunkali bronxitda kasallikning remissiya yoki qo'zish davriga qarab qonda o'zgarishlar kuzatiladi. O'tkir bronxitda **auskultativ** qattiq nafas obstruktiv turdagi nafas va tarqoq quruq xirillashlar eshitiladi. Bronxlarda suyuqlik to'planganda balg'amning kuchli yo'talishidan keyin yo'qolib ketadigan nam va mayda pufakchali xirillash eshitilishi mumkin.

Surunkali bronxitning rentgenologik belgilari o'pka suratining kuchayishi yoki deformatsiyasi kuzatiladi. "Tramvay relslari" belgilari

sifatida namoyon bo'ladigan bronxlar devorlarining qalinlashishi kuzatiladi. Surunkali bronxit bilan og'rigan bemorlarda ba'zan rentgen tasviri normal bo'lishi mumkin.

Balg'amni tahlil qilish bir qator nafas olish patologiyalarini tashxislashning asosiy bosqichidir. O'tkir bronxitda balg'am dastlabki bosqichlarida ishlab chiqarila boshlaydi. Avvaliga u shilimshiq va yopishqoq bo'ladi, lekin asta-sekin shilliq yiringli xususiyatga ega bo'ladi. Ajratilgan material miqdori asta-sekin o'sib boradi. Mikroskop ostida leykotsitlar, ko'plab epiteliya hujayralari va bitta qizil qon tanachalari aniqlanishi mumkin.

Surunkali bronxit bilan og'rigan bemorlar ko'p miqdorda shilliq-yiringli balg'am ajraladi. Vaqti-vaqti bilan, ayniqsa, kuchli yo'taldan keyin qon chiziqlari paydo bo'ladi. Balg'amda alveolyar makrofaglar, nafas olish yo'llarining fibrinoz to'qimalari, shuningdek flora vakillari paydo bo'ladi.

BRONXITNI DAVOLASH.

O'tkir bronxitni davolash

O'tkir infeksion bronxitni ko'p hollarda uyda davolash mumkin. Yotoqda dam olish, yaxshi ovqatlanish va ko'p suyuqlik ichish tavsiya etiladi.

Balg'am juda yopishqoq bo'lsa va uni tozalash qiyin bo'lsa, shifokor mukolitiklar buyurishi mumkin. Jiddiy intoksikatsiya va isitma bo'lsa, yallig'lanishga qarshi va isitma tushiruvchi preparatlar buyuriladi.

Agar kerak bo'lsa, bakterial bronxitni antibiotiklar bilan, virusli bronxitni virusga qarshi preparatlar bilan davolanadi. Antibiotiklar viruslarni o'ldirmaydi, ammo ba'zi hollarda ularni bakterial infektsiyani oldini olish uchun buyurish mumkin. Bronxlar bo'shlig'ining torayishi kuzatilsa , bronxodilatator qo'llash mumkin.

O'tkir noinfeksion bronxit bo'lsa, uning paydo bo'lish sababini bartaraf etish uchun - bu chekish, zararli bug'lar, chang yoki kimyoviy moddalar bilan aloqa qilish man etish lozim.

Agar bronxitning sababi allergik reaktsiya bo'lsa, antigistaminlar hamda muntazam xona ichidagi havoni tozalash tavsiya etiladi.

Surunkali bronxitni davolash

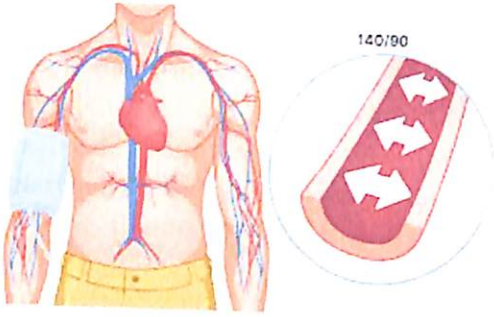
Surunkali bronxit uchun bronxlar bo'shlog'ini kengaytiradigan, yallig'lanish va shishishni yengillashtiradigan dorilar bilan parvarishlash terapiyasi buyuriladi. Shuningdek, yomon odatlardan, ayniqsa chekishdan voz kechish kerak. O'z vaqtida davolash simptomlarni yengillashtirishga yordam beradi va kasallikning rivojlanishini oldini oladi yoki sekinlashtiradi.

SamDTU
axborot-resurs markazi
17 323269

II BOB. YURAK QON-TOMIR A'ZOLARI KASALLIKLARINING SEMIOTIKASI

2.1. GIPERTONIYA KASALLIGI

Arterial gipertenziya- bu qon bosimining normal qiymatlardan muntazam ravishda vaqti-vaqti bilan ko'tarilishi bilan tavsiflanadi (2.1.1-rasm).



2.1.1-rasm

Arterial gipertenziya sabablari:

Gipertenziya xavfining oshishi quyidagilarga bog'liq:

- yurak-qon tomir tizimidagi yoshga bog'liq o'zgarishlar;
- ortiqcha vazn;
- tuzni haddan tashqari iste'mol qilish;
- irsiy moyillik;
- tamaki chekish;
- qandli diabet;
- buyrak kasalliklari;
- gormonal o'zgarishlar,
- shu jumladan homiladorlik va menopauza paytida;
- endokrin kasalliklar, masalan, tirotoksikoz;
- harakatsiz turmush tarzi;
- doimiy stress va asabiy taranglik.

Patogenazi

Gipertenziya rivojlanishining dastlabki bosqichida irsiy moyillikka e'tibor qaratiladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, ushbu kasallikning yaqin qarindoshlarida (onalar, buvilar, bobolar yoki dadalar) mavjudligi uning rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshiradi. Genetik vositachilar qon tomir tonusini tartibga solishga, shuningdek buyrak va endotelial funktsiyalarga ta'sir qiladi.

AG patogenezining asosiy mexanizmlaridan biri endotelial disfunktsiyadir. Bu qon tomirlarini qoplaydigan ingichka membrana bo'lib, qon tomir tonusini tartibga solishda muhim rol o'ynaydi. Zararlanganda azot oksidi kabi vazodilatator moddalar ishlab chiqarish kamayadi va endotelin ishlab chiqarish ko'payadi. Bu vazokonstriksiyaga va qon bosimining oshishiga olib keladi.

Yana bir muhim komponent-renin-angiotenzin-aldosteron tizimi (RAAT). Buyraklardagi qon oqimining pasayishi bilan renin faollashadi, bu angiotenzinogenni angiotensin I ga aylantiradi, keyin u ikkinchi turga ega bo'ladi, bu esa aylanma qon hajmining oshishiga va natijada qon bosimining oshishiga olib keladi.

Bundan tashqari, atrof-muhit omillari AG patogenezida muhim rol o'ynaydi: masalan, stress, yomon ovqatlanish, jismoniy faollikning yetishmasligi va spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish. Ushbu sabablar simpatik asab tizimining faollashishiga yordam beradi, bu esa qon tomir tonusi va yurak urish tezligining oshishiga olib keladi.

Yallig'lanish jarayonlarining ta'sirini ta'kidlash kerak. Faol fazadagi yallig'lanish qon tomir devorining shikastlanishiga va uning funktsiyasining buzilishiga olib keladi. Sitokinlar va boshqa vositachilar hujum qila boshlaydilar, bu ateroskleroznin rivojlanishiga va qon tomirlarining qattiqligini oshirishga yordam beradi.

Tasnifi

Gipertenziya symptom yoki mustaqil kasallik bo'lishi mumkin. Shunga asoslanib, u quyidagi turlarga bo'linadi:

- **Birlamchi (muhim gipertenziya).** Bu ko'pchilik bemorlarda aniqlanadi. Bunday gipertenziya tananing tartibga solish tizimidagi buzilishlar natijasida yuzaga keladigan mustaqil surunkali kasallikdir.

➢ **Ikkilamchi gipertenziya.** Ikkilamchi gipertenziya asosiy patologiyaning belgisi yoki asoratlari, masalan, buyrak, qalqonsimon bezning shikastlanishi.

Kechishining og'irligiga ko'ra quyidagi gipertenziya **darajalari** ajratiladi:

1-darajali gipertenziya (yengil). Sistolik qon bosimi 140 dan 159 mm.sim.ust gacha va disatolik — 89 dan 99 mm.sim.ust gacha bo'lgan gipertenziya.

2 daraja (o'rtacha) unda sistolik qon bosimi ko'rsatkichlari 160 dan 179 mm.sim.ust gacha va diastolik-100 dan 109 mm.sim.ust gacha.;

3-darajali (og'ir) sistolik qon bosimi 180 mm.sim. ust va undan yuqori, diastolik -110 mm.sim.ust va undan yuqori.

Nishon a'zolarining shikastlanishiga quyidagi **bosqichlari** ajratiladi:

Birinchi bosqich: Nishon a'zolari zararlanmaydi.

Ikkinchi bosqich: Nishon a'zolarining shikastlanishining namoyon bo'lishidan biri, masalan, chap qorincha gipertrofiyasi, mikroalbuminuriya.

Uchinchi bosqich Nishon a'zolarining shikastlanishi natijasida asoratlar paydo bo'ladi. Bu quyidagilar bo'lishi mumkin: yurak yoki buyrak yetishmovchiligi va boshqalar.

Arterial gipertenziya belgilari

Kasallik belgilari qon bosimi ko'tarilish darajalariga bog'liq, shuningdek nishon a'zolarining holatiga bog'liq. Kasallikning boshida hech qanday alomatlar namoyon bo'lmaydi. Gipertenziyaning birinchi namoyon bo'lishi belgilari bu bosh og'rig'i hisoblanadi. Og'riq turli xil, masalan bostiruvchi yoki pulsatsiyalanuvchi xarakterga ega.

Shuningdek kasallikning boshqa keng tarqalgan belgilari:

- kuchli bosh aylanishi, ba'zida hushidan ketishga;
- ko'z oldida qorong'ulashishiga;
- yurakdagi og'riq;
- yurak urishiga;
- haroratning ahamiyatsiz ko'tarilishi;
- diqqatning buzilishi;

- ko'ngil aynish;
- burundan qon ketish;
- yengillik keltirmaydigan qusish.

Tashxislash

Arterial gipertenziyani aniqlash uchun diagnostika choralari qon bosimini o'lchash bilan boshlanadi. Bu oddiy, ammo juda muhim protsedura bo'lib, uni muntazam ravishda bajarish kerak, ayniqsa diabet, keksa yosh va kasallikning oilaviy tarixi kabi xavf omillari bo'lgan odamlarda. Qon bosimini o'lchash kalibrlangan va aniq uskunalar yordamida amalga oshirilishi kerak va natijalar 2 mm.sim.ust aniqlik bilan qayd etilishi kerak.

Agar bir nechta o'lchovlar natijalariga ko'ra ko'rsatkichlar 140/90 mm .sim.ust dan oshsa, bu arterial gipertenziya belgisi bo'lishi mumkin. Agar shunday bo'lsa, shifokor tashxisni tasdiqlash va yuqori qon bosimining mumkin bo'lgan sabablarini aniqlash uchun qo'shimcha tekshiruv o'tkazishi kerak.

Laboratoriya tekshiruvlari ham o'tkazilishi kerak. Ular yuqori qon bosimining sababi yoki natijasi bo'lishi mumkin bo'lgan qo'shma kasalliklarni aniqlashga, shuningdek yurak, buyraklar kabi nishon a'zolarining (ular eng zaif) holatini baholashga imkon beradi. Odatda qon (umumiy, biokimyoviy Profil, lipid Profil) va siydik sinovlari buyuriladi. Faqat olingan ma'lumotlar fonida aniq klinik ko'rinishni yaratish mumkin.

Diagnostikaning birinchi va asosiy usullaridan biri bu to'liq umumiy qon analizi bo'lib, unda gemoglobin darajasi, qizil qon tanachalari, oq qon hujayralari va trombotsitlar soni va eritrotsitlar cho'kish tezligi (ECHT) kabi ko'rsatkichlarni baholashga imkon beradi. Oq qon hujayralari darajasining oshishi yallig'lanish jarayonining mavjudligini ko'rsatishi mumkin va qizil qon tanachalari soni va gemoglobin darajasidagi o'zgarishlar kislorod almashinuvining buzilishini ko'rsatishi mumkin, bu ayniqsa gipertoniya bilan og'rigan bemorlar uchun juda muhim.

Biokimyoviy qon tekshiruvi tananing holati, shu jumladan buyrak, jigar funktsiyalari va elektrolitlar muvozanati haqida kengroq ma'lumot

beradi. Gipertenziya bilan og'rigan bemorlar uchun kreatinin va karbamid darajasining ko'rsatkichlari alohida ahamiyatga ega, chunki ular buyraklarning funktsional holatini aks ettiradi, ular ko'pincha uzoq muddatli yuqori qon bosimidan aziyat chekganlarda kuzatiladi. Xolesterin va lipid spektrini, shu jumladan yuqori va past zichlikdagi lipoproteinlarni nazorat qilish ham muhim bo'lib, chunki dislipidemiya ateroskleroz va yurak-qon tomir kasalliklari uchun xavf omillaridan biri hisoblanadi.

Xavf omillarini aniqlsh gomotistein, C-reaktiv oqsil, fibrinogen va boshqa yallig'lanish belgilari kabi moddalarni aniqlashni o'z ichiga oladi, bu yurak-qon tomir asoratlari rivojlanish xavfini oshirishi mumkin. Masalan, gomotistein darajasi tromboz xavfi bilan bog'liq va C-reaktiv oqsilning ko'payishi surunkali yallig'lanish belgisi bo'lishi mumkin, bu ham yurak-qon tomir hodisalari ehtimolini oshiradi. Ushbu ko'rsatkichlar shifokorga bemorning sog'lig'i haqida to'liq tasavvurga ega bo'lishga yordam beradi va agar kerak bo'lsa, asoratlarni oldini olish uchun davolanishni korreksiya qilishga yordam beradi.

Qo'shimcha laboratoriya tekshiruvlar va ularning ahamiyati Xolesterin va qondagi glyukoza miqdorini o'lchash kabi standart testlardan tashqari, tananing umumiy holatini baholashga va yuqori qon bosimining mumkin bo'lgan sabablarini aniqlashga yordam beradigan qo'shimcha tadqiqotlar muhim ahamiyatga ega.

Arterial gipertenziyada gormonal tadqiqotlar va ularning tashxisga qo'shgan hissasi, shubhasiz katta. Darajasini nazorat qilish kerak bo'lgan asosiy gormonlarga renin, aldosteron, adrenokortikotropik gormon va kortizol kiradi. Ushbu moddalar kontsentratsiyasidagi o'zgarishlar ikkilamchi gipertenziyaning sabablari bo'lishi mumkin bo'lgan birlamchi giperaldosteronizm yoki Kushing sindromi kabi endokrin kasalliklarni ko'rsatishi mumkin. Gormonal fonni tushunish shifokorlarga nafaqat bosimni kamaytirishga, balki kasallikning asosiy sababini bartaraf etishga qaratilgan davolanishni o'zgartirishga imkon beradi.

Buyrak funktsiyasini baholash uchun siydikni tekshirish gipertenziya tashxisining yana bir muhim jihati hisoblanadi. Buyraklar qon bosimini tartibga solishda Markaziy rol o'ynaydi va ularning

shikastlanishi gipertenziyaning sababi ham, natijasi ham bo'lishi mumkin. Odatda quyidagi testlar o'tkaziladi: Buyrak shikastlanishini ko'rsatadigan oqsil, qizil qon tanachalari va boshqa elementlarning mavjudligini aniqlashga yordam beradigan siydikni tahlil qilish. Umumiy siydik tahlilida oqsil paydo bo'lishidan oldin buyrak shikastlanishining dastlabki belgilarini aniqlashga imkon beradigan mikroalbuminuriya bo'yicha tadqiqot. Buyraklarning filtrlash qobiliyati haqida ma'lumot beradigan glomerulyar filtratsiya tezligini (GFT) baholash.

Ushbu testlar shifokorga buyrak shikastlanishi darajasini baholashga yordam beradi va agar kerak bo'lsa, ko'pincha gipertenziya bilan bog'liq bo'lgan buyrak yetishmovchiligining rivojlanishini sekinlashtirish uchun davolanishni to'g'rilaydi. Muntazam laboratoriya monitoringi nafaqat tashxisni tasdiqlash, balki qon bosimini optimal nazorat qilish va sog'liq uchun xavflarni minimallashtirish uchun davolanishni moslashtirish imkonini beradi.

Davolash

Davolashning birinchi maqsadi qon bosimini (AQB) <140/90 mm.sim.ust ga tushirish hisoblanadi. Qon bosimini pasaytiradigan dori-darmonlarni qabul qiladigan 65 yoshdan kichik bemorlarning ko'pchiligi uchun sistolik bosimni 120-129 mm.sim.ust gacha kamaytirish tavsiya etiladi.

Qon bosimini pasaytirishga qaratilgan terapiyaning ikkita asosiy yo'nalishi mavjud, ular isbotlangan samaradorlikka ega bo'lib bu turmush tarzini o'zgartirish va dori-darmonlar bilan davolash hisoblanadi.

Turmush tarzini o'zgartirish

Ratsiondagi natriy miqdorini cheklash.

Natriy xloridni (osh tuzi) iste'mol qilish va qon bosimi darajasi o'rtasidagi sababiy bog'liqlikni tasdiqlovchi dalillar mavjud va natriyni haddan tashqari iste'mol qilish (kuniga 5 g dan ortiq, masalan, kuniga bitta kichik qoshiq tuz) pressor ta'sirga ega va gipertenziya bilan kasallanishning ko'payishi va SQB (sistolik qon bosimi). Natriy iste'molini cheklash natijasida qon bosimining pasayishi qore tanli

odamlarda, keksa bemorlarda va diabet, metabolik sindrom, surunkali buyrak kasalliklarida ko'proq namoyon bo'ladi.

O'rtacha spirtli ichimliklarni iste'mol qilish

O'rtacha spirtli ichimliklarni iste'mol qilish Spirtli ichimliklarni iste'mol qilish va qon bosimi darajasi, gipertenziyaning tarqalishi va surunkali buyrak kasalligi xavfi o'rtasida taniqli chiziqli bog'liqlik mavjud. Spirtli ichimliklarni haddan tashqari iste'mol qilish kuchli pressor ta'siriga ega. Spirtli ichimliklarni iste'mol qiladigan gipertoniya bilan og'rigan erkaklarga iste'mol qilishni haftasiga 14 donaga, ayollarga esa haftasiga 8 donaga cheklash tavsiya etiladi (1 birlik 125 ml sharob yoki 250 ml pivo yoki 40 ml kuchli spirtli ichimliklarga teng), hafta davomida spirtli ichimliklar iste'mol qilinmaydigan kunlar bo'lishi kerak.

Ratsiondagi boshqa o'zgarishlar Gipertenziya bilan og'rigan bemorlar sabzavot, baklagiller, yangi mevalar, kam yog'li sut mahsulotlari, to'liq donalar, baliq va to'yinmagan yog'li kislotalarni (ayniqsa zaytun moyi) o'z ichiga olgan sog'lom, muvozanatli ovqatlanishni iste'mol qilishlari va qizil go'sht va to'yingan yog ' kislotalarini iste'mol qilishni cheklashlari kerak. O'rta er dengizi dietasi ushbu oziq moddalar va oziq-ovqat mahsulotlarining ko'pini o'rtacha spirtli ichimliklarni iste'mol qilish bilan o'z ichiga oladi (asosan oziq-ovqat bilan sharob). Shunday qilib, sog'lom va muvozanatli ovqatlanish qon bosimini pasaytirishga yordam beradi va yurak-qon tomir kasalliklari xavfini kamaytiradi

Tana vaznini pasaytirish.

Tana vaznining haddan tashqari ko'payishi gipertenziya bilan bog'liq va ideal tana vazniga vazn yo'qotish qon bosimini pasaytiradi. Bugungi kunda gipertenziya bilan og'rigan bemorlarga va uning paydo bo'lishining oldini olish uchun tana massasi indeksini 20-25 kg/m^2 (60 yoshgacha, katta yoshdagilarda — biroz yuqoriroq) va bel atrofi erkaklar uchun 94 sm dan kam, ayollar uchun 80 sm dan kam bo'lishi tavsiya etiladi.

Dori-darmonlar bilan davolash

Arterial gipertoniya bilan og'rigan bemorlarning aksariyati qon bosimini optimal nazorat qilish uchun turmush tarzini o'zgartirish bilan birga medikomentoz davoga muhtoj bo'lishadi.

Bugungi kunda arterial gipertenziyani davolashda asosan **5 guruhdagi dori vositalaridan** foydalaniladi:

- angiotensinga aylantiruvchi ferment ingibitorlari (APF-ingibitorlari)
- angiotenzin retseptorlarini bloklovchilar
- Beta-blokatorlar
- Kalsiy kanal blokatorlari
- Diuretiklar

Angiotensinga aylantiruvchi ferment ingibitorlari (APF-ingibitorlari)- ta'siri angiotensin II ishlab chiqarishni bostirishga qaratilgan – qon tomirlarini toraytiradigan va qo'shimcha yurakka tushadigan nagruzkani oldini oladi. Qon tomirlarini kengaytirib, bosimning oshishiga to'sqinlik qiladi va asoratlar xavfini kamaytiradi. Shuningdek, buyrak muammolari, diabet va migren belgilarini kamaytirish uchun ishlatiladi.

Angiotensin II retseptorlari blokatorlari (sartanlar). Qon bosimining pasayishiga qon tomirlari va yurakning ichki qatlami retseptorlarining angiotensin II ga sezgirligini kamaytirish orqali erishiladi. Sartanlar arterial gipertenziyani davolashda birinchi darajali dori-darmonlarga tegishli, shu jumladan metabolik sindrom, chap qorincha gipertrofiyasi, proteinuriya, surunkali yurak yetishmovchiligida yaxshi samara beradi.

Beta-blokatorlar-Yurak mushaklarining qisqarish chastotasini kamaytiradigan beta-blokatorlardan foydalanish gipertenziya koronar arteriya kasalligi va aritmiya bilan birlashganda eng yaxshi dori vositasi hisoblanadi. Ammo, bronxial va yurak adrenoreseptorlariga o'ziga xos ta'sir ko'rsatishi sababli, ushbu dorilarni qandli diabet, bronxial astma va 2-3 darajali AV blokadasi kabi yurak ichi o'tkazuvchanligi buzilgan bemorlarga qabul qilish tavsiya etilmaydi.

Kaltsiy antagonistlari periferik tomirlarning selektiv kengayishiga olib keladi, qon tomirlari, tromboz va chap qorincha gipertrofiyasi xavfini sezilarli darajada kamaytiradi. Gistaminning

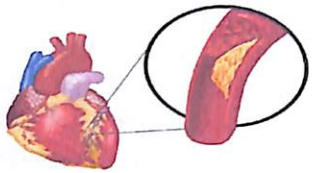
bronxokonstriktor ta'sirini kamaytirish qobiliyati ham isbotlangan, shuning uchun kaltsiy antagonistlari bronxial astma yoki surunkali obstruktiv o'pka kasalligi bilan og'rigan odamlar uchun afzal qilingan antigipertenziv vositadir.

Diuretiklar. Natriyning yuqori darajasi va tanadagi ortiqcha suyuqlik qon bosimini oshirishi mumkin. Diuretiklar buyraklarga tanadan ortiqcha natriyni olib tashlashga yordam beradi. Natriy chiqarilgandan so'ng, qon oqimidagi ortiqcha suyuqlik siydik bilan chiqadi va qon bosimi pasayadi.

Shunday qilib, arterial gipertoniya bilan og'rigan bemorlarni davolashda individual yondashish tavsiya lozim.

2.2. YURAK ISHEMIK KASALLIGI. STENOKARDIYALAR

Yurak ishemik kasalligi- bu miokardning organik va funktsional shikastlanishi bo'lib, qon ta'minoti yetarli emasligi yoki uning to'liq to'xtashi bilan namoyon bo'ladi. YuIK to'satdan o'limga olib kelishi mumkin(2.2.1-rasm).



2.2.1-rasm

YuIK rivojlanish **xavfi guruhiga** quyidagilar kiradi:

- ✓ 50 yoshdan oshgan odamlar
- ✓ og'ir irsiyat bilan og'rigan bemorlar
- ✓ erkaklar
- ✓ harakatsiz turmush tarzini olib boradigan odamlar
- ✓ ortiqcha vaznli bemorlar

YuIK xavfi metabolik kasalliklar, arterial gipertenziyaning uzoq davom etishi (dori-darmonsiz), dislipidemiya (past va yuqori zichlikdagi lipoproteinlar o'rtasidagi muvozanatning buzilishi) bilan ortadi.

Rivojlanish mexanizmi

YuIK rivojlanishining asosiy sababi ateroskleroz hisoblanadi. Dastlab, blyashka tomir bo'shlig'idan tashqarida o'sadi, bu faqat diametrining oshishiga olib keladi, shuning uchun klinik ko'rinishlar bo'lmasligi mumkin. Ammo aterosklerotik pillakchalar tomir bo'shlig'ini asta — sekin toraytiradi, bu esa YuIK olib keladi. Bu holat yurak mushagiga yetarli miqdorda kislorod bilan ta'minlanmaydi. Ateroskleroz rivojlanishining keyingi bosqichlarida qon ivish tizimida yanada jiddiy buzilishlar namoyon bo'ladi. Blyashka yuzasida mayda yoriqlar paydo bo'ladi, ular ustiga trombotsitlar faol ravishda birikadi, natijada qon tromblar paydo bo'lib, tomir bo'shlig'ini butunlay to'sib qo'yishi mumkin, bu esa yurak xurujiga olib keladi.

Tasnifi.

1. To'satdan koronar o'lim
2. Stenokardiya
3. Og'riqsiz miokard ishemiyasi
4. Miokard infarkti
5. Infarktdan keying kardioskleroz
6. Yurak ritmi va o'tkazuvchanlik buzilishi
7. Yurak yetishmovchiligi

Klinik simptomlari

Yurak ishemiyasining umumiy belgilari:

- haddan tashqari charchoq;
- nafas qisilishi;
- stress, jismoniy faoliyat tufayli kelib chiqqan yurak og'rig'i;
- pastki jag', chap skapula va qo'l, orqada og'riq;
- hushidan ketish;
- xavotir, o'lim qo'rquvi;
- oyoqlarda shish;
- yurak urishi va boshqalar.

Tashxislash

Tashxis qo'yish uchun quyidagi tekshiruvlarni buyuradi:

Laborator: umumiy va biokimyoviy qon tekshiruvi, lipid spektri va xolesterin darajasini aniqlash, glyukoza tolerantlik testi, C-reaktiv oqsil miqdorini aniqlash, siydikni tahlil qilish;

Instrumental: tinch holatda EKG, Xolter kunlik monitoringgi, bo'yin tomirlarining ultratovush tekshiruvi, ExoKG, stress ExoKG, veloergometriya, multispiral kompyuter tomografiyasi, koronarografiya.

Davolash

YuIK tashxisi qo'yilganda, davolanish simptomlarining og'irligiga, bemorning jismoniy holatiga, qo'shma kasalliklar mavjudligiga qarab belgilanadi. Kasallik alomatlarini bartaraf qilish, xavf omillarini nazorat qilish, kasallik qo'zishini va xavfli asoratlarning oldini olish uchun dorilar qo'llaniladi.

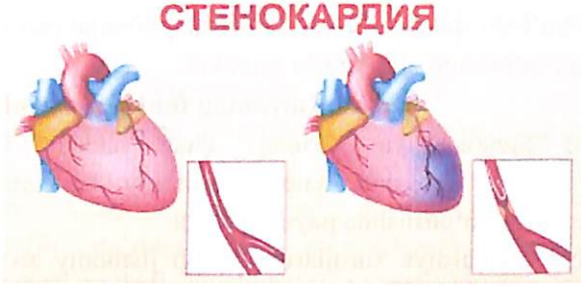
YuIK da quyidagilarni buyurishi mumkin:

- nitratlar;
- beta-blokatorlar,
- kaltsiy kanal blokatorlari;
- antiagregantlar, antikoagulyantlar;
- statinlar;
- trombolitiklar;
- APF ingibitorlari va boshqalar.

Agar dorilar bilan davolash samarasiz bo'lsa yoki hayot uchun xavf yuqori bo'lsa, operatsiya haqida savol tug'ilishi mumkin. Zararlangan tomirlarda qon ta'minotini tiklash balonli angioplastikasi va stentlash yoki aortokoronar shuntlash operatsiyasi yordamida amalga oshiriladi.

STENOKARDIYA

Miokardning kislorodga bo'lgan ehtiyoji va uni yetkazib berish o'rtasida keskin yuzaga keladigan nomuvofiqlik natijasida yuzaga keladigan miokardning tranzitor ishemiyasining klinik ko'rinishi (2.2.2-rasm).



2.2.2-rasm

Patogenez

Asosan uchta mexanizm mavjud: 1. KAning aterosklerotik zararlanishi va yuqori ehtiyojlarni ta'minlay olmaslik (fiksatsiyalangan koronar obstruksiya - barqaror stenokardiya) 2. o'tib ketuvchi qon tomir tromb hosil bo'lishi - trombotsitar agregatlar (beqaror stenokardiya) 3. KA spazmi yoki tonusining oshishi tufayli koronar qon oqimining pasayishi (dinamik obstruksiya).

Og'riqlar mexanizmi bir nechta omillar bilan belgilanadi:

• To'qimalarning shikastlanish darajasi va og'riqning asosiy mediatorlari - serotonin, gistamin, bradikinin va boshqalarning ajralib chiqish darajasi.

• Prostoglandinlar, K va N ionlari tarkibi bilan tartibga solinadigan o'ziga xos og'riq retseptorlarining individual sezgirligi.

• Nerv tizimida R substansiyasining ajralib chiqishiga va bosh miya po'stlog'iga og'riq impulslarini o'tkazishga to'sqinlik qiluvchi endogen opioidlarning tarkibi.

• Nerv afferent o'tkazuvchanligi buzilishining mavjudligi yoki yo'qligi.

Tasnifi

Stenokardiyaning klinik kechishiga ko'ra bir necha turi tafovut qilinadi. Bu davolash taktikasini aniqlash uchun qulay:

Stabil zo'riqish stenokardiyasi - xurujlar jismoniy zo'riqishda paydo bo'ladi. Og'riq yoki noqulaylik tinch holatda yoki nitroglitserin qabul qilish orqali bartaraf etiladi;

Nostabil stenokardiyasi - aniq qo'zg'atuvchi omillarsiz tinch holatda yoki ilgari og'riq keltirib chiqarmagan bunday yuklamalarda

paydo bo'lishi mumkin. Simptomlarning rivojlanishi xavfli holat bo'lib, miokard infarktiga olib kelishi mumkin.

Stenokardiyaning funksional sinflari:

I FS: Stenokardiya xurujlari faqat haddan tashqari jismoniy zo'riqishlarda, masalan, kuchli jismoniy harakatda, tez yurishda, zinapoyadan ko'tarilishda paydo bo'ladi.

II FS: Stenokardiya xurujlari odatdagi jismoniy zo'riqishda, masalan, 500 metrdan ortiq masofani piyoda bosib o'tishda, bir-ikki qavatga ko'tarilishda, stresslarda paydo bo'ladi.

III FS: Stenokardiya xurujlari arzimas jismoniy zo'riqishda, masalan, 100-500 m gacha yurganda, bir qavatga ko'tarilganda, ilgari xuruj qilmagan jismoniy zo'riqishda paydo bo'ladi.

IV FS: Stenokardiya xurujlari ozgina jismoniy zo'riqishda yoki tinch holatda, masalan, qisqa masofaga yurganda, birinchi qavatga ko'tarilganda yoki tinch holatda ham paydo bo'ladi.

Nostabil stenokardiya esa quyidagilarga bo'linadi:

Birinchi marta paydo bo'lgan. Ko'krak ortidagi og'riq xurujlari birinchi marta yoki uzoq (bir necha yilgacha) simptomsiz davrdan keyin paydo bo'lgan. Odatda, bemorlar faol jismoniy zo'riqish fonida og'riqlarni his qiladilar, paroksizmlar chastotasi va intensivligining oshishiga moyillik aniqlanadi.

Avj olib boruvchi. Oxirgi 30 kun ichida bemor xurujlar chastotasi (jumladan, tinch holatda og'riq paydo bo'lishi), ularning davomiyligi, nitratlarga bo'lgan ehtiyoj sezilarli darajada oshganini qayd etadi. Odatda u salbiy o'zgarishlar boshlangan aniq sanani ko'rsatishi mumkin. Patologiya ko'pincha aritmiyalar va chap qorincha funksiyasining pasayishi bilan birga keladi.

Spontan. Jismoniy faollikka bog'liq bo'lmagan, 15 daqiqadan ortiq davom etadigan yakka xurujlar bilan yuzaga keladigan stenokardiya. Nitroglitserin yetarli samara bermaydi, EKG da ishemiya belgilari kuzatiladi, lekin nekroz rivojlanmaydi.

Variantli (Prinsmetal stenokardiyasi). Og'riq sindromi tinch holatda paydo bo'ladi, yuqori intensivlikka ega, 10 daqiqadan ortiq

davom etadi. Bu shaklning o'ziga xos xususiyati - kardial paydo bo'lishidir.

Stenokardiya sabablari

Kasallikning paydo bo'lishining asosiy sababi koronar arteriyalar aterosklerozi bo'lib, ingliz tilidagi adabiyotlarda kasallik ko'pincha yurak koronar kasalligi deb ataladi. Xolesterin tomirlar devorida to'planib borib, do'mboqchalar, aterosklerotik pilakchalar paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Pilakchalar arteriya bo'shlig'ini toraytirib, toraygan joydan pastga tushadigan qon miqdorini kamaytiradi. Ammo tinch holatda kislorodga bo'lgan ehtiyoj minimal bo'lganligi sababli, yurak mushaklariga qon oqimi yetarli bo'ladi. Jismoniy zo'riqishda yoki psixoemotsional zo'riqishda yurakka ancha ko'p kislorod kerak bo'ladi, lekin mavjud torayish qon oqimining kuchayishiga to'sqinlik qiladi, yurak qismining qon bilan ta'minlanishi yetishmovchiligi yuzaga keladi, kislorod yetishmovchiligi yoki ishemiya paydo bo'ladi. Zo'riqish stenokardiyasi bilan og'rigan odamda og'riq to'satdan tinch holatda paydo bo'lsa, bu odatda koronar arteriyalarda qon aylanishining keskin o'zgarishini, spazm yoki tromboz qo'shilishini anglatadi. Bu holat nostabil stenokardiya deb ataladi.

Noto'g'ri turmush tarzi stenokardiya rivojlanishiga sabab bo'ladi:

- arterial gipertoniya;
- qandli diabet;
- surunkali buyrak kasalligi;
- chekish, spirtli ichimliklar iste'mol qilish, ortiqcha ovqatlanish;
- noto'g'ri ovqatlanish (yog'li, kaloriyali, yuqori uglevodli ovqatlarni iste'mol qilish);
- kamharakat yoki o'troq hayot tarzi;
- surunkali stress, depressiya;
- o'z salomatligiga e'tiborsiz munosabatda bo'lish, tibbiy ko'riklarni e'tiborsiz qoldirish.

Klinik belgilari

Zo'riqish stenokardiyasining namoyon bo'lishi to'sh orqasidagi noaniq noqulaylikdan yurak sohasidagi kuchli va kuchayib boruvchi og'riqqacha o'zgarib turadi. Klassik zo'riqish stenokardiyasi xuruji

o‘rtacha taxminan 2-5 daqiqa davom etadi, aniq boshlanadi va tugaydi, qo‘zg‘atuvchi omilning ta’siri to‘xtatilgandan yoki nitroglitserin qabul qilingandan so‘ng to‘xtaydi. Zo‘riqish stenokardiyasida og‘riq odatda to‘sh suyagi orqasida yoki epigastriyda bo‘lib, jag‘ga, kurakka, chap qo‘lga, bo‘yinga tarqaladi. Stenokardiya xuruji qanchalik og‘ir bo‘lsa, og‘riqning tarqalish zonasi shunchalik keng bo‘ladi. Og‘riqning tabiati bemorlar tomonidan bosuvchi, siquvchi, kesuvchi, kuydiruvchi deb ta’riflanadi.

Zo‘riqish stenokardiyasi xuruji to‘satdan bo‘shashish, hansirash, taxikardiya, aritmiyalar, sovuq terlash, qon bosimining ko‘tarilishi yoki pasayishi bilan kechishi mumkin. Xurujlar oralig‘ida bemorning jismoniy holati va kayfiyati odatda normal bo‘ladi. Zo‘riqish stenokardiyasi xuruji atipik variantda - qorinda noxush sezgilar, kekirish, ko‘ngil aynishi, qusish, meteorizm bilan rivojlanishi mumkin.

Stenokardiya diagnostikasi

1. Xarakterli simptomlar
2. Elektrokardiografiya
3. EKG yoki vizualizatsiya yordamida stress tekshiruvi (exokardiografiya, radionuklid vizualizatsiya, pozitron emissiya tomografiyasi yoki MRT yordamida)
4. KT-angiografiya yoki KT ma’lumotlari bo‘yicha qon oqimining fraksion zaxirasini (QFZ) baholash
5. KT-FRKda aniqlangan sezilarli alomatlar, ijobiy stress testi yoki sezilarli zararlanishlar mavjud bo‘lganda koronar angiografiya.

Stenokardiya tashxisi to‘sh orqasida odatiy noqulaylik mavjud bo‘lganda gumon qilinadi, bu jismoniy zo‘riqish bilan qo‘zg‘atiladi va tinch holatda o‘tib ketadi. Anamnezda yurak ishemik kasalligi (YUIK) rivojlanishi uchun muhim xavf omillarining mavjudligi mavjud alomatlarni kuchaytiradi. Agar ko‘rsatilgan noqulaylik > 20 daqiqa davom etsa yoki tinch holatda yuzaga kelsa, yoki hushini yo‘qotish epizodlari yoki yurak yetishmovchiligi bo‘lgan bemorlarda o‘tkir koronar sindromga tekshiruv o‘tkazish zarur.

Ko‘krak qafasida noqulaylikning paydo bo‘lishi oshqozon-ichak trakti faoliyatining buzilishi (masalan, reflyuks-ezofagit, qizilo‘ngach

spazmi, dispeptik hodisalar, o‘t-tosh kasalligi), qovurg‘alar patologiyasi, xavotirli holatlar, vahima xurujlari, giperventilyatsiya, shuningdek, yurakning boshqa kasalliklari (masalan, aortaning qatlamlarga ajralishi, perikardit, mitral klapan prolapsi, supraventrikulyar taxikardiya, bo‘lmacha fibrillyatsiyasi) bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin, bunda koronar qon oqimida o‘zgarishlar bo‘lmaydi.

EKG. EKGni qayd etish odatiy klinik ko‘rinishlar - yuklamalarda to‘sh orqasida noqulaylik xurujlari mavjud bo‘lganda ko‘rsatiladi. Tinch holatda anginoz xuruj to‘xtashi sababli, stress-testni o‘tkazish holatlarini istisno qilganda, bevosita xuruj paytida EKGni qayd etish qiyin bo‘lishi mumkin.

Agar stenokardiya xuruji paytida EKG o‘tkazilsa, u qaytar ishemik o‘zgarishlarni ko‘rsatishi mumkin:

- T tishli QRS kompleksining diskordantligi
- ST segment depressiyasi (eng ko‘p uchraydi)
- ST segmentining ko‘tarilishi
- R tish balandligining pasayishi
- Qorincha ichi o‘tkazuvchanligi yoki Gis tutami oyoqchalari o‘tkazuvchanligining buzilishi
- Aritmiya (odatda qorincha ekstrasistolalari)

Koronarografiya. Koronarografiya yurak ishemik kasalligini tashxislashda oltin standart hisoblanadi, ammo tashxisni tasdiqlash uchun har doim ham zarur emas. Birinchi navbatda, u koronar oqim shikastlanishining joylashuvi va og‘irligini aniqlash uchun ko‘rsatilgan; bu ma’lumotlar miokard revaskulyarizatsiyasi taktikasini rejalashtirish uchun zarur (teri orqali koronar aralashuv [TKA] yoki aorta-koronar shuntlash [AKSH]). Shuningdek, NG mehnat ekspertizasi yoki turmush tarzini o‘zgartirish (ishni, professional sport bilan shug‘ullanishni to‘xtatish) bo‘yicha tavsiyalar ishlab chiqilgan taqdirda koronar oqim to‘g‘risida ma’lumot olish uchun zarur. Angiografiya koronar shikastlanishlarning gemodinamik ahamiyatini to‘g‘ridan-to‘g‘ri ko‘rsatmasa-da, fiziologik jihatdan muhim obstruksiya bo‘lib, unda bo‘shliq diametri > 70% ga kamayadi. Diametri < 70% ga kichrayganda, agar spazm yoki tromboz bo‘lmasa, odatda stenokardiya rivojlanmaydi.

Yurak magnit-rezonans tomografiyasi yurak va yirik tomirlarning ko'plab patologiyalarini tashxislashda bebaho yordam beradi. YUIKni o'rganishda MRT bir necha rejimlarda qo'llanilishi mumkin, bu koronar stenozlarni to'g'ridan-to'g'ri ko'rish, koronar arteriyalarda qon oqimini baholash, miokard perfuziyasi va uning metabolizmini o'rganish, stress-test paytida devorlar harakatining buzilishini baholash, shuningdek, MIdan keyin miokardning hayotiyligini aniqlash imkonini beradi.

Yurakning tuzilmaviy va funksional ko'rsatkichlarini aniqlash va miokardning hayotiyligini baholash MRT uchun ko'rsatmalar hisoblanadi. Yurak MRTsi, miokard perfuziyasini baholash uchun stress-MRT va koronar qon oqimining miqdoriy tahlili YUIK tashxisi qo'yilgan yoki taxmin qilingan bemorlarda tashxis qo'yish va xavfni baholash uchun ham ko'rsatilishi mumkin.

Stenokardiyani davolash simptomlarni (masalan, ko'krak qafasidagi og'riqni) yengillashtirishga va keyingi xurujlarning oldini olishga, shuningdek, miokard infarkti xavfini kamaytirishga qaratilgan. Davolash odatda dori-darmon terapiyasi va ba'zi hollarda jarrohlik aralashuvini o'z ichiga oladi.

Dorilar bilan davolash:

Nitratlar: Nitroglitserin kabi dorilar stenokardiya xurujlarini bartaraf etish, qon tomirlarini kengaytirish va yurakka qon oqimini yaxshilash uchun ishlatiladi. Xurujning oldini olish uchun ta'siri uzaytirilgan nitratlar ham qo'llaniladi.

Beta blokatorlar: Yurak urishini va arterial bosimni pasaytirib, miokardning kislorodga bo'lgan ehtiyojini kamaytiradi.

Kalsiy kanallari blokatorlari: Qon tomirlarini bo'shashtiradi, qon oqimini yaxshilaydi va yurakka tushadigan yukni **kamaytiradi.**

Antiagregant va antikoagulyantlar: Tromblar hosil bo'lishining oldini oladi va qon oqimini yaxshilaydi.

Statinlar: Qondagi xolesterin darajasini pasaytirishga yordam beradi, bu ateroskleroz rivojlanishining oldini olish uchun muhimdir.

Boshqa dorilar: Bemorning individual ehtiyojlariga qarab diuretiklar, metabolik dorilar va sitoprotektorlarni o'z ichiga olishi mumkin.

Jarrohlik yo'li bilan davolash:

Aorta koronar shuntlash:

Transplantat yordamida koronar arteriyaning toraygan qismi atrofida qon oqimi uchun aylanma yo'l yaratadigan operatsiya.

Koronar arteriyalarni stentlash:

Arteriyaning toraygan qismiga tomir bo'shlig'ini kengaytiruvchi stent (metall naycha) o'rnatiladigan kam invaziv muolaja.

Dori-darmonsiz davolash:

Hayot tarzini o'zgartirish:

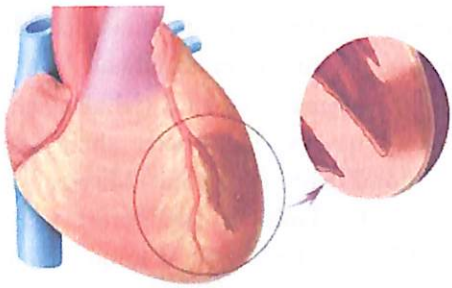
Chekishni tashlash, vazn yo'qotish, qon bosimi va xolesterin darajasini nazorat qilish, muntazam jismoniy mashqlarni o'z ichiga oladi.

Parhez: Sabzavotlar, mevalar va foydali yog'larga boy parhezga rioya qilish vazn va xolesterin darajasini nazorat qilishga yordam beradi.

Stressni boshqarish: Stress stenokardiya xurujlarini qo'zg'atishi mumkin, shuning uchun stressli vaziyatlarni boshqarishni o'rganish muhim.

2.3. MIOKARD INFARKTI. MIOKARD INFARKTINING ERTA VA KECHKI ASORATLARI

Infarkt — bu organ (to'qima)da mahalliy qon aylanishining buzilishi (ishemiya) natijasida yuzaga keladigan to'qimalarning nekrozi (2.3.1-rasm).



2.3.1-rasm

Miokard — bu yurakning muskul to'qimasidir. U yurakning turli qismlarida — qorinchalar va bo'lmachalarda — ketma-ket qisqarib va bo'shashib, yurakning urishini va qon haydashini ta'minlaydi.

Biroq yurak orqali o'tuvchi qon miokardni oziqlantirmaydi. Miokardni qon bilan ta'minlaydigan alohida tomirlar bu koronar arteriyalar va venalardir.

Miokard infarkti rivojlanish **xavfini oshiruvchi asosiy omillar**:

- Qariy yosh.
- Erkak jinsi.
- Irsi (nasliy) omillar.
- Noto'g'ri ovqatlanish.
- Giperlipidemiya (past zichlikdagi lipoproteidlar — LPNP — miqdorining yuqori bo'lishi, yuqori zichlikdagi lipoproteidlar — LPVP — ga nisbatan).
- Arterial gipertenziya (qon bosimining doimiy yuqoriligi va u ustidan nazoratning yo'qligi MIga olib keladi).
- Qandli diabet.
- Ortiqcha tana vazni.
- Gipodinamya (kamharakatlik).
- Zararli odatlarning mavjudligi, ayniqsa chekish.
- Spirtli ichimliklarni iste'mol qilish.
- Aterosklerotik blyashkalarning ko'pligi.
- Stress holatlari.

Miokard infarkti rivojlanishiga boshqa omillar ham ta'sir ko'rsatadi. Turli kasalliklar bilan infarkt o'rtasidagi bog'liqlikni tushunish uchun avvalo yurak tuzilmasi haqida tasavvurga ega bo'lish zarur. Yurak — konussimon shakldagi ichi bo'sh a'zo bo'lib, u 3 qavatdan tashkil topgan: endokard (ichki qavat), miokard (o'rta qavat), perikard (tashqi qavat). To'qimalar shikastlanayotgan qavatga qarab kasallikning nomi ham o'zgaradi. Masalan, yurak tashqi qavatining atrofiyasi yoki yallig'lanishida "perikardit" tashxisi qo'yiladi.

Yurak 4 kameradan iborat: 2 ta qorinchalar va 2 ta bo'lmachalar. O'ng bo'lmachaga yurakning o'zi va boshqa tana qismlaridan kelayotgan venoz qon yig'iladi. O'ng qorincha orqali qon o'pkaga o'pka

arteriyasi (o'pka trunki) orqali yuboriladi. Chap bo'lmachada 4 ta o'pka venasi mavjud bo'lib, ular orqali o'pkadan arterial qon yurakka qaytadi. Chap qorinchadan esa aorta chiqadi va u orqali arterial qon katta qon aylanish tizimiga tarqaladi. Miokardga kislorod koronar arteriyalar orqali yetkaziladi.

Yurak — kislorodga juda talabchan a'zo hisoblanadi. Agar koronar arteriyalar devorida ko'plab aterosklerotik blyashkalar yig'ilib, torayish yoki to'siq yuzaga kelsa, bu holatlar yurak mushak hujayralarining sekin yoki tez nobud bo'lishiga olib keladi. Tomirlar faoliyatining buzilishi va undan keyingi o'zgarishlar — miokard infarktining eng keng tarqalgan sabablaridan biridir. Aterosklerotik blyashkaning yorilishi ham og'ir patologik jarayonlarni keltirib chiqaradi. Koronar tomir tromboz bilan shikastlanganda, MI xavfi keskin oshadi va yurak infarktining aniqlangan holatlari soni yuqori bo'ladi.

MI rivojlanishiga yurak-qon tomir tizimiga bevosita aloqasi bo'lmagan kasalliklar ham ta'sir ko'rsatadi. Bularga og'ir kechadigan infeksiyalar, metabolik yoki endokrin buzilishlar, anemiya, adekvat davolanmayotgan yallig'lanish jarayonlari yoki isitma, shuningdek, autoimmun kasalliklar kiradi.

Miokard infarkti klassifikatsiyasi

Shikastlanish anatomiyasiga ko'ra:

- Transmural infarkt
- Intramural infarkt
- Subendokardial infarkt
- Subepikardial infarkt

Shikastlanish hajmiga ko'ra:

- Yirik o'choqli (transmural), Q-infarkt
- Kichik o'choqli, no-Q infarkt

Lokalizatsiyasiga ko'ra:

- Chap qorinchadagi miokard infarkti (old, yon, pastki, orqa)
- Yurak uchining izolyatsiyalangan miokard infarkti
- Qorincha oralig'i (septum) devorining miokard infarkti (septal infarkt)
- O'ng qorinchaning miokard infarkti
- Kombinatsiyalangan lokalizatsiyalar: orqa-pastki, old-yon va boshqalar

Miokard infarktining klinik manzarasi

Miokard infarktining eng keng tarqalgan va xos belgisi — bu og'riqdir. Tipik hollarda og'riq toshqinsimon bo'lib, chap ko'krak qafasi yoki ko'krak suyagi orqasida lokalizatsiyalanadi, chap qo'lga, yelkaga tarqalishi mumkin. Ba'zida bu og'riq bosim, og'irlik, kuydiruvchi yoki ezuvchi hissiyotlar tarzida bo'ladi. Kam hollarda og'riq me'da sohasidagi noqulaylik bilan adashtiriladi.

Ko'pincha bunday og'riq 30 daqiqadan ko'proq davom etadi, nitroglitserin yoki og'riq qoldiruvchi dori vositalari bilan bartaraf etilmaydi, sovuq ter, o'limdan qo'rquv bilan birga kuzatiladi. Og'riq odatda to'lqinli xarakterga ega bo'lib, kuchayib va susayib turadi, uzoq davom etadi. Ushbu kasallikda ba'zan atipik belgilari ham bo'lishi mumkin, ular boshqa sog'liq muammolariga ham ishora qiladi. Ularga quyidagilar kiradi:

- Hushni yo'qotish.
- Yurak ritmining buzilishi, shu jumladan stenokardiya.
- Kuchli bosh og'rig'i, bosh aylanishi, bir necha kun davomida o'tmaydigan holatlar.
- Xuruj vaqtida ko'ngil aynishi, tana haroratining ko'tarilishi.
- Burun-lab uchburchagi ko'karishi va h.k.

Bu belgilar turlicha darajada ifodalangan bo'lishi mumkin, biroq bunday bemorga zudlik bilan tez tibbiy yordam ko'rsatilishi, hatto reanimatsiyada bo'lishi zarur. Bu — ahvolning og'irlashuvi, boshqa organlarning shikastlanishi (masalan, o'pka shishi, miya insulti kislorod yetishmovchiligi fonida) oldini olish uchun juda muhim. Bemor hayoti aynan malakali tibbiy yordamning o'z vaqtida va to'g'ri ko'rsatilishiga bog'liq. Ayniqsa, bu birinchi sutka davomida muhim hisoblanadi. Birinchi alomatlar paydo bo'lishi bilan darhol shifokorga murojaat qilish kerak — ularning davom etishini kutmaslik lozim. Miokard infarkti — bu to'satdan og'irlashadigan va og'ir kechadigan, yuqori o'lim xavfiga ega holatdir. Shuning uchun iloji boricha tezroq tibbiy yordamga murojaat qilish zarur.

Miokard infarktining atipik shakllari

Ba'zi hollarda miokard infarktining simptomlari odatdagi belgilar bilan namoyon bo'lmay, atipik (g'ayrioddiy) shaklda kechadi. Quyidagi atipik infarkt shakllari farqlanadi:

- **Abdominal shakl** — og'riq qorin yuqori qismida lokalizatsiyalanadi, ko'pincha qorinning dam bo'lishi, ko'ngil aynishi, qusish bilan kechadi.
- **Astmatik shakl** — kuchayib boruvchi nafas qisishi bilan namoyon bo'ladi, bronxial astma xurujini eslatadi.
- **Atipik og'riqli sindrom** — og'riq ko'krakda emas, balki o'ng qo'l, yelka yoki chanoq sohasida (iliak sohada) paydo bo'lishi mumkin.
- **Og'riqsiz miokard ishemiyasi** — kamdan-kam uchraydi, asosan qandli diabet bilan kasallangan bemorlarda kuzatiladi. Bunday hollarda arterial bosimning tushishi (gipotoniya), holsizlik, lablarning ko'karishi (sianoz) kabi belgilar kuzatiladi.
- **Tsebral (miya) shakl** — bosh aylanishi, hushning yo'qolishi, nevrologik simptomlar bilan kechadi.
- **Torakal osteoxondroz bilan bog'liq holatlar** — ko'krak umurtqasi osteoxondrozi bo'lgan bemorlarda MIga xos og'riqli sindromga, tana holatini o'zgartirganda kuchayuvchi, palpasiyada sezilarli bo'lgan, qovushtiruvchi (opoyasyvayushchiy) og'riq qo'shilishi mumkin; bu og'riq interkostal nevralgiyaga xos bo'ladi.

Bunday atipik shakllar miokard infarktini kech aniqlanishiga sabab bo'lishi mumkin, shuning uchun har qanday noan'anaviy belgilar yuzaga kelganda shoshilinch tibbiy ko'rik zarur.

Miokard infarkti asoratlari

Barcha asoratlar hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin:

- **Kardiogen shok** – yurakning nasoslik funksiyasi keskin pasayishi natijasida organlar va to'qimalarga qon yetkazib berilmasligi.
- **Yurak yorilishi** – yurak devorining yirtilishi, odatda og'ir va o'lim xavfi yuqori bo'lgan holat.
- **Ritm va o'tkazuvchanlik buzilishlari** – ayniqsa qorinchalar fibrillyatsiyasi, yurak to'xtashi xavfi yuqori.
- **Keskin yurak yetishmovchiligi** – yurak faoliyatining to'satdan sustlashuvi, nafas yetishmovchiligi, o'pka shishi bilan kechadi.

- **Chap qorincha anevrizmasi** – devorlar cho'zilishi va shishib chiqishi, keyinchalik yorilish yoki tromboz xavfi bilan.
- **Dressler sindromi** – yurak infarktidan keyingi autoimmun yallig'lanish sindromi (perikardit, plevrit, isitma).
- **Surunkali yurak yetishmovchiligi** – yurakning doimiy ravishda zaiflashuvi, hayot sifati va davomiyligini pasaytiradi.

Miyokard infarktini aniqlash (diagnostikasi) bir necha bosqich va usullarni o'z ichiga oladi, ular yurak mushagi zararlanish darajasini aniqlash va baholashga qaratilgan. Asosiy diagnostika usullari quyidagilardan iborat: anamnez va bemor shikoyatlarini yig'ish, elektrokardiografiya (EKG), qon tahlillari (biomarkerlar), hamda instrumental tadqiqotlar (shu jumladan yurakni UZI va koronarografiya).

Infarkt miokardini tashxislash

Anamnez va shikoyatlarni yig'ish: Shifokor bemordan quyidagi belgilar haqida so'raydi: ko'krak qafasida og'riq, nafas qisishi, holsizlik, terlash, ko'ngil aynishi, shuningdek, xavf omillari — chekish, gipertoniya, qandli diabet, oilaviy anamnez mavjudligi haqida.Og'riqning xususiyati, davomiyligi, tarqalishi (irradatsiyasi), nitroglitserin qo'llanilganda ta'siri alohida o'rganiladi.

Elektrokardiografiya (EKG): EKG — miyokard infarktining asosiy diagnostika usullaridan biri bo'lib, yurakning elektr faolligidagi o'ziga xos o'zgarishlarni aniqlash imkonini beradi, masalan, ST segmentining ko'tarilishi yoki patologik Q tishchasining paydo bo'lishi. EKG bir necha marta o'tkaziladi, o'zgarishlarning dinamikasi nazorat qilinadi.

Qon tahlillari (biomarkerlar): Biomarkerlar — yurak mushagi zararlanganda qondagi miqdori o'zgaradigan moddalar:

- **Troponinlar (I va T):** Yurak mushagiga xos eng sezgir va aniq markerlar bo'lib, infarkt boshlanganidan bir necha soat o'tib ko'tariladi va bir necha hafta davomida yuqori bo'lib qoladi.
- **Kreatinfosfokinaza (KFK)** va **laktatdegidrogenaza (LDG):** Bu fermentlar ham yurak zararlanganda ko'tariladi, ammo boshqa holatlarda ham o'zgarishi mumkin.

- **Umumiy qon tahlili:** Leykotsitlar sonining oshishi aniqlanishi mumkin, bu yallig'lanish jarayonini bildiradi, shuningdek, SOE oshishi kuzatiladi.
- **Biokimyoviy qon tahlili:** Organizmning umumiy holatini baholashda va hamroh kasalliklarni aniqlashda yordam beradi.

Instrumental tekshiruvlar:

- **Exokardiografiya (yurak UZI):** Yurakning hajmini, qisqarish qobiliyatini, tromblar, anevrizma va boshqa tuzilmaviy o'zgarishlarni aniqlash imkonini beradi.
- **Koronarografiya:** Bu invaziv protsedura bo'lib, koronar arteriyalarga kontrast modda yuboriladi va qon tomirlarining toraygan yoki to'silib qolgan joylarini aniqlash mumkin.

Differensial tashxislash

Infarktga o'xshash belgilar beruvchi boshqa holatlar ham juda ko'p bo'lib, bu kasalliklarni istisno qilinish juda muhim, masalan: stenokardiya, plevrit, perikardit, aorta dissektsiyasi, me'da-ichak tizimi kasalliklari.

Infarkt miokardini davolash

Miokard infarktini davolash yurak mushagidagi qon oqimini tiklash, og'riqni bartaraf etish va asoratlarning oldini olishga qaratilgan. Asosiy usullar quyidagilardan iborat: dori-darmon bilan davolash, jarrohlik aralashuvi (stentlash yoki shuntlash) va reabilitatsiya.

Tez tibbiy yordam:

- **Tez yordam chaqirish:**
  Infarktga gumon bo'lsa, zudlik bilan tez tibbiy yordam chaqirish lozim.
- **Og'riqni bartaraf etish:**
  Og'riq sindromini kamaytirish uchun analgetiklar (narkotik va narkotik bo'lmagan) qo'llaniladi.
- **Nitroglitserin:**
  Arterial bosim yuqori bo'lsa, til ostiga nitroglitserin berilishi mumkin.
- **Kislorod bilan ta'minlash:**
  Bemorni kislorod bilan ta'minlash muhim ahamiyatga ega.
- **Antitrombotik davolash:**
  Qon ivishining oldini oluvchi dori vositalari (aspirin, klopidogrel, geparin) qo'llaniladi.

Dori vositalari bilan davolash:

- **Trombolitiklar:**
  Tromblarni erituvchi preparatlar (masalan, streptokinaza, alteplaza).
- **Antiagregantlar:**
  Trombotsitlarning bir-biriga yopishishiga to'sqinlik qiluvchi dorilar (aspirin, klopidogrel, tikagrelor).
- **Antikoagulyantlar:**
  Qon ivishini oldini oluvchi preparatlar (geparin, varfarin).
- **Beta-adrenoblokatorlar:**
  Yurak mushagining kislorodga bo'lgan ehtiyojini kamaytiradi (atenolol, metoprolol).
- **Nitratlar:**
  Tomirlarni kengaytiradi, qon aylanishini yaxshilaydi (nitroglitserin, izosorbid dinitrat).
- **Statinlar:** Qondagi xolesterin darajasini kamaytiradi (atorvastatin, rozuvastatin).

Jarrohlik davolash:

- **Chreskojan koronar aralashuv (stentlash):** Shikastlangan arteriyaga ballon va stent bilan kateter kiritiladi, bu tomirni kengaytiradi.
- **Aortokoronar shuntlash (AKSh):** Koronar arteriyalarning to'silib qolgan joylarini aylanib o'tuvchi yangi qon oqimi yo'li yaratiladi.

Reabilitatsiya:

- **Dori vositalarini davom ettirish:** Shifokor buyurgan preparatlarni muntazam qabul qilish.
- **Shifobaxsh jismoniy mashqlar (LFK):** Jismoniy faollikni tiklash uchun mo'ljallangan mashqlar.
- **Psixologik yordam:** Infarktdan keyingi stress va depressiyani yengishga yordam berish.
- **Fizioterapiya:** Sog'likni yaxshilash uchun fizik usullar bilan davolash.
- **Diyetaga rioya qilish:** Qaytadan infarkt rivojlanishini oldini olishga qaratilgan ovqatlanish tavsiyalari.
- **Turmush tarzini o'zgartirish:** Chekishdan voz kechish, qon bosimi va qondagi glyukoza miqdorini nazorat qilish.

2.4. O'TKIR REVMATIK ISITMA

O'tkir revmatik isitma (ORI), shuningdek, **revmatizm** nomi bilan ham tanilgan — bu yallig'lanishli kasallik bo'lib, u ko'pincha anginadan keyin rivojlanadigan **streptokokk infeksiyasidan** so'ng paydo bo'ladi. Kasallik turli organlarga — yurak, bo'g'imlar, miya va teriga ta'sir qilishi mumkin va odatda **5 yoshdan 15 yoshgacha** bo'lgan bolalarda uchraydi(2.4.1-rasm).

2.4.1-rasm

Sabablari va patogenezi:

ORI — bu **autoimmun** kasallik bo'lib, A guruhi streptokokk infeksiyasiga organizmning **noto'g'ri immun javobi** natijasida rivojlanadi. Organizm streptokokk bilan kurashish uchun ishlab chiqargan **antitanachalar** o'zining sog'lom to'qimalariga — ayniqsa yurak, bo'g'imlar va boshqa organlarga — hujum qilishi mumkin. Kasallik rivojlanishida **irsiy moyillik** muhim rol o'ynaydi. **Ko'pincha sabab** — o'z vaqtida davolanmagan streptokokk anginasi hisoblanadi.

Klinik ko'rinishi:

Kardit: Yurak yallig'lanishi ORIning eng jiddiy ko'rinishlaridan biri bo'lib, yurak klapanlarida nuqsonlar va yurak yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin.

Poliartirit: Bo'g'imlarning yallig'lanishi, og'riq va shish bilan kechadi, yallig'lanish bir bo'g'imdan boshqasiga "ko'chib yuradi".

Xoreya: Qo‘l-oyoqlar va yuzda yuzaga keluvchi **irodasiz, betartib harakatlar** — ORIning yana bir ifodasi.

Teri belgilari: Teri ustida **halqasimon eritema** (och pushti halqasimon toshmalar) va **teri osti revmatik tugunchalar** ko‘rinishi mumkin.

Boshqa belgilar: Isitma, holsizlik, tez charchash, qorin og‘rig‘i.

Tashxislash

O‘tkir revmatik isitma (ORI) tashxisi klinik mezonlar, laborator tahlillar va instrumental tekshiruvlar asosida qo‘yiladi. Muhim bosqichlardan biri — **ORI sababi bo‘lgan oldingi streptokokk infeksiyasini aniqlashdir.**

Klinik mezonlar

Katta mezonlar *(modifikatsiyalangan Djonz mezonlari):*

- Kardit:
  Yurak yallig‘lanishi bo‘lib, yurakda shovqinlar, EKG va yurak UZI dagi o‘zgarishlar bilan namoyon bo‘ladi.
- Poliartirit:
  Bir nechta (odatda yirik) bo‘g‘imlarning, masalan, tizza, tovoqsimon, tirsak va bilak bo‘g‘imlarining yallig‘lanishi.
- Sidenham xoreyasi:
  Ixtiyorsiz, tutqanoqsimon harakatlar bilan namoyon bo‘ladigan nevrologik belgi.
- Halqasimon eritema:
  Terida markazi oqarib qolgan va chetlari notekis bo‘lgan toshmalar.
- Teri osti tugunchalari:
  Bo‘g‘imlar sohasida joylashgan, og‘riqsiz, kichik zichlashmalar.

Kichik mezonlar:

- Isitma:
  Tana haroratining ko‘tarilishi.
- Artralgiya:
  Bo‘g‘imlardagi og‘riqlar.
- SOE va SRB ko‘rsatkichlarining oshishi:
  Qondagi yallig‘lanish belgilarining oshishi.

- EKG o'zgarishlari:
  P-Q oralig'ining uzayishi.
  Laborator tekshiruvlar:
- Streptokokkga qarshi antitana tahlillari:
  Anti-streptolizin O (ASL-O), anti-streptokinaza, anti-DNKaza B darajasini aniqlash.
- Umumiy qon tahlili:
  Yallig'lanishni baholash (leykotsitlar va SOE ko'tarilishi).
- S-reaktiv oqsil (SRB) tekshiruvi:
  Yallig'lanish markerlarini aniqlash.
  Instrumental tekshiruvlar:
- Elektrokardiografiya (EKG):
  Yurak faoliyatini baholash, ritm va o'tkazuvchanlikdagi buzilishlarni aniqlash.
- Echokardiografiya (yurak UZI):
  Yurak klapanlari, devorlari holatini, bo'shliqlarda suyuqlik borligini baholash.
- Ko'krak qafasi rentgeni:
  Yurak hajmi va o'pka holatini baholash.
  ORI tashxisi uchun quyidagilar zarur:
- 2 ta katta yoki
- 1 ta katta + 2 ta kichik mezon mavjud bo'lishi,
- va oldingi streptokokk infeksiyasining laborator tasdig'i bo'lishi.
  Differensial diagnostika uchun boshqa kasalliklarni istisno qilishda qo'shimcha tahlillar o'tkaziladi, masalan:
- Ikki spiral DNK ga antitanachalar,
- Antinuklear faktor,
- Komplement darajasini aniqlash.

Davolash

O'tkir revmatik isitmani (ORI) davolash streptokokk infeksiyasini yo'q qilish, yallig'lanishni kamaytirish, simptomlarni engillashtirish va asoratlarning oldini olishga qaratilgan. Davolash tarkibiga antibiotiklar, yallig'lanishga qarshi dori vositalari va ba'zi hollarda boshqa dorilar kiradi.

Asosiy davolash bosqichlari:

1. Antibiotikoterapiya:

- ORI chaqirgan streptokokk infeksiyasini yo‘q qilish — davolashning asosiy bosqichidir.
- Odatda **penitsillin** yoki uning hosilalari (masalan, **benzilpenitsillin**, **amoksitsillin**) buyuriladi.
- Infeksiyaning qaytalanishini oldini olish uchun antibiotik kursi **to‘liq o‘tilishi** kerak.
- Penitsillinga allergiya bo‘lsa, **makrolidlar** (masalan, **azitromitsin**) qo‘llaniladi.

2. Yallig‘lanishga qarshi davolash:

- **Nosteroid yallig‘lanishga qarshi preparatlar (NYaQP)** — **aspirin**, **ibuprofen**, **diklofenak** qo‘llaniladi.
- Og‘ir holatlarda, ayniqsa **kardit** (yurak zararlanishi) bo‘lsa, **kortikosteroidlar** (masalan, **prednizolon**) buyurilishi mumkin.

3. Simptomatik davolash:

- Bo‘g‘imlardagi og‘riqni kamaytirish va tana haroratini tushirish uchun og‘riq qoldiruvchi dorilar buyuriladi.
- **Xoreya** (irodasiz harakatlar) bo‘lsa, **neyroleptiklar** yoki **tutqanoqqa qarshi dorilar** qo‘llaniladi.

4. Qo‘llab-quvvatlovchi davolash:

- ORIning qaytalanishini oldini olish uchun uzoq muddatli antibiotik profilaktikasi (masalan, **bitsillin-5**) buyurilishi mumkin.
- Holatni nazorat qilish va asoratlarni oldini olish uchun **shifokor ko‘riklari** muntazam o‘tkaziladi.

5. Infeksiya o‘choqlarini sanatsiya qilish:

- **Streptokokk infeksiyasi manbalarini yo‘qotish** zarur, masalan: **karyes**, **surunkali tonzillit** va boshqalar.

6. Jismoniy faollikni cheklash:

- **Karditi** bo‘lgan bemorlarga **yurakka tushadigan yukni kamaytirish** uchun **yotoq rejimi** tavsiya qilinadi.

2.5. YURAKNING ORTTIRILGAN NUQSONLARI. MITRAL KLAPAN NUQSONLARI

Orttirilgan yurak nuqsonlari - yurak klapan apparatining tuzilishi va funksiyalari buzilishi bilan kechadigan va yurak ichi qon aylanishining o'zgarishiga olib keladigan kasalliklar guruhi (stenoz, klapan yetishmovchiligi, kombinatsiyalangan va qo'shma nuqsonlar). Kompensatsiyalangan yurak nuqsonlari yashirin kechishi mumkin, dekompensatsiyalanganlari esa hansirash, yurak o'ynashi, tez charchash, yurakdagi og'riqlar, hushdan ketishga moyillik bilan namoyon bo'ladi. Konservativ davolash samarasiz bo'lsa, operatsiya qilinadi. Yurak yetishmovchiligi, nogironlik va o'limga olib kelishi mumkin.

Orttirilgan yurak nuqsonlari quyidagi belgilarga ko'ra **tasniflanadi:**

1.Etiologiyasi: revmatik, infeksion endokardit oqibatida, aterosklerotik, sifilitik va h.k.

2. Zararlangan klapanlarning joylashuvi va ularning soni: alohida yoki mahalliy (1 ta klapan zararlanganda), kombinatsiyalangan (2 va undan ortiq klapanlar zararlanganda); aorta, mitral, trikuspidal klapanlar, o'pka arteriyasi stvoli klapani nuqsonlari.

3. Klapan apparatining morfologik va funksional zararlanishi: atrioventrikulyar teshik stenozi, klapan yetishmovchiligi va ularning birga kelishi.

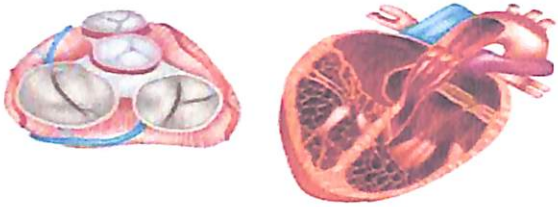
4. Nuqsonning og'irlik darajasi va yurak gemodinamikasining buzilish darajasi: yurak ichi qon aylanishiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi, o'rtacha yoki keskin ifodalangan.

5. Umumiy gemodinamika holati: kompensatsiyalangan yurak nuqsonlari (qon aylanish yetishmovchiligisiz), subkompensatsiyalangan (jismoniy zo'riqish, isitma, homiladorlik va boshqalar tufayli yuzaga keladigan vaqtinchalik dekompensatsiya bilan) va dekompensatsiyalangan (rivojlangan yetishmovchilik bilan).

MITRAL STENOZ

Etiologiya. MS tarqalishi yuqori bo'lgan mamlakatlarda uning sababi ko'pincha revmatik yurak kasalligi, ikkinchi o'rinda esa yuqumli

endokardit; aholi qarishi tufayli tarqalishi past bo'lgan mamlakatlarda degenerativ-kalsinatsiyalanuvchi zararlanish kuzatilishi mumkin. Tug'ma mitral stenoz juda kam uchraydi(2.5.1-rasm).



2.5.1-rasm

Patogenezi va gemodinamik o'zgarishlar

MS - bu chap bo'lmacha va chap qorincha o'rtasida joylashgan klapan funksiyasining buzilishi. Klapan diastola vaqtida ochiladi va u orqali chap bo'lmachadan arterial qon chap qorinchaga o'tadi. Mitral stenozda klapan tavaqalari qalinlashadi, natijada bo'lmacha-qorincha teshigi kichrayadi. Natijada diastola paytida chap bo'lmachadan qon so'rilishga ulgurmaydi va natijada chap bo'lmachada bosim ortadi. Chap bo'lmacha bosimining surunkali yuklanishi uning ko'payishiga va undan kelib chiqadigan barcha oqibatlarga olib keladi: bo'lmacha fibrillyatsiyasi va tromboembolik asoratlar.

Chap bo'lmachaning elastikligi yo'qolishi bilan uning bo'shlig'ida bosim ko'tariladi (5 mm dan 20-25 mm simob ustunigacha va undan yuqori). Bosimning oshishi tufayli chap bo'lmacha va chap qorincha o'rtasidagi bosim gradiyenti ortadi, natijada qonning mitral teshikdan o'tishi osonlashadi.

Klinik ko'rinishi

Kasallik sekin kechishi bilan ajralib turadi. Simptomlarning paydo bo'lishi ko'pincha 40-50 yoshda sodir bo'ladi. O'pka arteriyalarida bosim yuqori bo'lgani uchun jismoniy zo'riqishda hansirashga shikoyat

qiladi. Jismoniy zo'riqish oshganda yurakka qon kelishi ko'payadi va kapillyarlar, yurak devorlarining zo'riqishiga sabab bo'ladi (atrioventrikulyar klapan stenozi tufayli) va normal gaz almashinuvi qiyinlashadi. Natijada bemorlar jismoniy zo'riqishda hansirashdan shikoyat qiladilar. Revmatik MSning rivojlanishi ko'pincha revmatik isitmaning takroriy hujumlari bilan bog'liq. MS avj olganda hansirash tinch holatda ham paydo bo'lishi mumkin. Terining aniq oqarishi, yonoqlarda kuchli qizarish va sianoz bilan. Akrotsianozning paydo bo'lishi (burun uchi, quloq, iyakning ko'karishi). O'pka gipertenziyasi yuqori bo'lgan bemorlarda jismoniy zo'riqishda sianoz kuchayadi va terining oqarishi paydo bo'ladi.

Tasniflash

MS gemodinamik o'zgarishlarning og'irlik darajasi va belgilarini aks ettiruvchi bosqichlar bo'yicha tasniflanadi:

A bosqich: simptomsiz, gemodinamik o'zgarishlarsiz, xavf guruhidagi bemorlar;

B bosqichi: MS avj oluvchi, gemodinamik o'zgarishlar o'rtacha, simptomsiz;

C va D bosqichlari: og'ir gemodinamik o'zgarishlar, bunda C - simptomlarsiz, D - simptomlar bilan (jismoniy zo'riqishda nafas qisilishi, unga chidamlilikning pasayishi)

Tashxislash

Paypaslash. Paypaslab ko'rilgan I va II tonlar (S1 va S2) aniqlanishi mumkin. S1-ton ko'krak cho'qqisida yaxshi paypaslanadi, S2-ton chap tomonda to'sh suyagining yuqori chekkasida yaxshi eshitiladi. Tonning o'pka komponenti S2 (P2) pulsatsiya uchun javob beradi va o'pka gipertenziyasi natijasi hisoblanadi. O'pka gipertenziyasi mavjud bo'lsa va O'Q diastolik disfunksiyasi rivojlansa, to'sh suyagining chap chekkasida palpatsiya qilinadigan O'Qning ko'rinadigan pulsatsiyasi bo'yinturuq venalarining shishishi bilan birga kuzatilishi mumkin.

Auskultatsiya. Mitral stenozning auskultativ belgilari stenozlangan mitral qopqoq (M1) tavaqalarining keskin yopilishi natijasida yuzaga keladigan baland S1 tovushini o'z ichiga oladi; bu

tovush cho'qqida eng yaxshi eshitiladi. Agar klapan kuchli ohaklangan va qo'zg'almas holatda bo'lsa, S1 bo'lmasligi mumkin. Shuningdek, o'pka gipertenziyasi tufayli P2 urg'usi bilan normal parchalangan S2 ham eshitiladi.

Eng sezilarlisi erta diastolik ochilishning chertishidir, bunda tavaqalar chap qorin bo'shlig'iga gumbazsimon ochiladi, bu to'sh suyagining chap pastki chegarasiga yaqin joyda eng baland eshitiladi; bu past tonli cho'qintiruvchi-cho'qintiruvchi gumburlovchi diastolik shovqin bilan birga keladi, stetoskop nafas chiqarish cho'qqisida (yoki cho'qqi urishi paypaslanadigan joy ustida) joylashganda, bemor chap yonboshda yotganda eng yaxshi eshitiladi. Mitral klapan kalsinozida ochilish chertkisi sekin bo'lishi yoki bo'lmasligi mumkin. Mitral stenozning og'irligi va CHBdagi bosimning oshishi bilan qarsillash S2tonga yaqinlashadi (shovqin davomiyligi oshadi). Diastolik shovqin Valsalva sinamasida jismoniy zo'riqishdan so'ng va o'tirib-turish hamda qo'l berib ko'rishishda (bu zo'riqishdan keyingi holatni oshiradi) kuchayadi.

Exokardiografiya. Mitral qopqoq stenozi tashxisi klinik ma'lumotlarga asoslanib, exokardiografiya yordamida tasdiqlanadi. Odatda, 2 o'lchamli exokardiografiya qopqoq va qopqoq osti tuzilmalarining patologik o'zgarishlarini ko'rsatadi. Shuningdek, u kalsinoz va klapan stenozi darajasini, CHB o'lchamlarini baholashga imkon beradi. Doppler-exokardiografiya o'pka arteriyasidagi transmitral gradiyent va bosimni baholash imkonini beradi. Mitral qopqoqning normal ochilish maydoni 4 dan 5 sm^2 gacha.

Mitral stenozning og'irlik darajasi exokardiografiya yordamida quyidagicha aniqlanadi:

- O'rtacha: klapan maydoni > 1,5-2,5 sm2 yoki diastoladagi bosimning yarim pasayish vaqti < 150 ms
- Og'ir: klapan maydoni ≤ 1,5 sm2 yoki diastolada bosimning yarim pasayish vaqti ≥ 150 msek; simptomlar tez-tez mavjud

Odatda EKG va ko'krak qafasi rentgenografiyasi qilinadi.

EKG P tishchaning davomiyligi >0,12 ms, oxirida sezilarli manfiy og'ish (davomiyligi: >0,04 ms; amplitudasi: >0,10 mV) bilan V1 da P

tishchaning davomiyligi oshishida namoyon bo'ladigan CHB ning oshishini aniqlashi mumkin; II ulanishdagi keng, tishli P tishcha. QRS o'qining o'ngga siljishi va V1 da R tishchalarining balandligi o'ng qorincha gipertrofiyasidan dalolat beradi.

Ko'krak qafasi rentgenografiyasida CHP quloqchasining kengayishi hisobiga yurakning chap chegarasi tekislanganligi va yurak beli tekislanganligi aniqlanadi. Kontrast rentgenografiya yon proyeksiyada qizilo'ngachning kengaygan chap bo'lmacha bilan orqaga siljiganini ko'rsatadi. Yaqqol ifodalangan o'pka gipertenziyasida o'pka arteriyasining asosiy poyasi ko'rinishi mumkin, pastga tushuvchi o'ng o'pka arteriyasining diametri ≥16 mm. Yuqori bo'laklarning o'pka venalari kengayishi mumkin. Yurakning o'ng chegarasida kattalashgan CHBning qo'shaloq soyasi aniqlanishi mumkin. Pastki orqa o'pka maydonlaridagi gorizontal chiziqlar (Kerli chiziqlari) - interstitsial shish, bog'lanish belgisi

Yurak kateterizatsiyasi faqat YUIKni aniqlash uchun operatsiyadan oldin amalga oshiriladi: usul CHBda yuqori bosim va o'pka gipertenziyasini tasdiqlash, transmitral gradiyent va klapan maydonini baholash imkonini beradi.

Mitral stenozni davolash

Diuretiklar va ba'zan beta-blokatorlar yoki kalsiy kanallari blokatorlari

Ba'zan hilpillovchi aritmiyada antikoagulyant terapiya

Komissurotomiya yoki klapanni almashtirish

Klinik ko'rinishlarsiz mitral stenozi bo'lgan bemorlarga revmatik isitmaning oldini olishdan tashqari davolanish talab qilinmaydi. Ketma-ket TTEda kuzatish muhim, chunki PBning kattalashishi va PBda sistolik bosimning ko'tarilishi funksional holatning o'zgarishisiz va mitral qopqoq maydonining kamayishisiz sodir bo'lishi mumkin. Erta aralashuv o'pka gipertenziyasini doimiy bo'lishidan oldin yengillashtirishi mumkin.

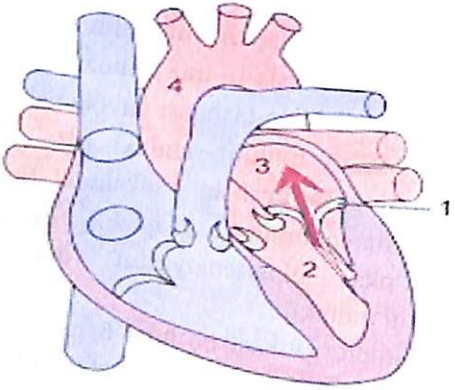
Yengil simptomatikasi bo'lgan bemorlar odatda diuretiklar bilan davolanadi, shuningdek, sinus taxikardiyasi yoki bo'lmacha fibrillyatsiyasi mavjud bo'lsa, beta-blokatorlar yoki kalsiy kanallari

blokatorlari bilan davolanadi, ular qorinchalarning qisqarish tezligini nazorat qilishi mumkin.

Bemorlarda bo'lmacha fibrillyatsiyasi, chap bo'lmachada emboliya yoki tromb bo'lsa, tromboemboliyaning oldini olish uchun K vitamini antagonisti (to'g'ridan-to'g'ri ta'sirli peroral antikoagulyant [DOAC] emas) bilan antikoagulyatsiya ko'rsatilgan. Sinus ritmining uzoq muddatli tiklanishi kamdan-kam hollarda mumkin. Antikoagulyant terapiya zich spontan kontrast yoki chap bo'lmacha kattalashganda (M-tip diametri > 50 mm) ko'rib chiqilishi mumkin, chunki bu alomatlar tromboemboliya bilan bog'liq, ammo bu bemorlarda antikoagulyant terapiya o'rganilmagan. Barcha bemorlarga hansirashga qaramasdan ozgina bo'lsa ham jismoniy zo'riqishlarni bajarish zarurligini tushuntirish kerak.

MITRAL KLAPAN YETISHMOVCHILIGI

Mitral yetishmovchiligi yurak-qon tomir tizimidagi buzilishlar bilan bog'liq jiddiy patologiyadir. Kasallik qon oqimining chap qorinchadan chap bo'lmacha tomon teskari yo'nalishda harakatlanishi bilan namoyon bo'ladi. Nuqson tug'ma yoki orttirilgan bo'lishi mumkin. Bu klapan patologiyalari orasida eng ko'p uchraydigan buzilish bo'lib, tizim faoliyatidagi boshqa anomaliyalar bilan kombinatsiyaga ega (2.5.2-rasm).



2.5.2-rasm

Sabablari. Kasallik odamda ona qornida yoki hayot davomida shakllanishi mumkin. Anomaliya klapan tavaqalari, klapan osti elementlari, xordalarning shikastlanishi yoki klapan halqasining haddan tashqari cho'zilishi bilan namoyon bo'ladi, bu regurgitatsiyani keltirib chiqaradi. Odatda, patologiya boshqa yurak nuqsonlari bilan birga keladi.

Agar bemorda so'rg'ichsimon mushaklar, pay xordalarining shikastlanishi, mitral qopqoq tavaqalarining uzilishi, a'zoning o'tmtoq shikastlanishi kuzatilsa, unda o'tkir mitral yetishmovchilik rivojlanadi.

Mitral yetishmovchiligining boshqa **sabablari** quyidagilardir

- o'tkir revmatik isitma;
- bakterial endokardit;
- klapan to'qimalarida kalsiy tuzlarining ortiqcha mavjudligi;
- revmatoid artrit, sklerodermiya, tizimli qizil yugurik;
- jarrohlik aralashuvlari paytida shikastlanish;
- bo'lmacha yangi hosilalari;
- ionlashtiruvchi radiatsiya bilan davolash.

Tug'ma anomaliyani keltirib chiqaradigan omillar:

- fenestratsiya;
- mitral tabaqalarning ajralishi;
- klapanning parashyutsimon deformatsiyasi.

Tasniflash

Kelib chiqish tabiatiga ko'ra quyidagilar ajratiladi:

- ishemik disfunksiya;
- ishemik bo'lmagan patologiya.

Kechish xususiyatlariga ko'ra quyidagilar farqlanadi:

- o'tkir kasallik;
- surunkali mitral yurak yetishmovchiligi.

Qoidabuzarliklarning xususiyatlariga ko'ra quyidagicha tasniflashqabul qilingan:

- klapan tuzilishidagi o'zgarishlarni keltirib chiqaradigan organik shikastlanish;
- miokard patologiyalari tufayli rivojlanadigan funksional buzilish.

Mitral yetishmovchilik darajalari:

• kuchsiz ifodalangan ko'rinishlar bilan tavsiflanadigan **1-darajali** mitral yetishmovchilik. Bunda mitral regurgitatsiya qonning sistolik hajmining 20-25% ni tashkil qiladi. A'zoning chap qismlari ishining kuchayishi hisobiga kompensatsiya yuzaga keladi;

• Mitral yetishmovchilikning **2-darajasi**, o'pka sohasida qon dimlanish jarayonlari va biventrikulyar yuklamaning ortishi bilan namoyon bo'ladi. Mitral regurgitatsiya - sistolik qon hajmining 25-50%;

• **3-daraja,** bunda bemorda yaqqol ifodalangan mitral yetishmovchilik rivojlanadi. Regurgitatsiya qonning sistolik hajmiga nisbatan 50-90% chegarasida. Bu bemor uchun xavfli holat.

Gemodinamika

Mitral yetishmovchiligidagi gemodinamika sistola paytida chap qorinchadan chap bo'lmachaga qonning qaytishi (regurgitatsiya) bilan tavsiflanadi, bu esa chap bo'lmacha va chap qorinchaning hajmi va kengayishiga olib keladi. Bu esa chap bo'lmachada bosimning oshishiga va kichik qon aylanish doirasida dimlanishga olib keladi, o'pka gipertenziyasi, keyin esa o'ng qorinchaning zo'riqishi va disfunksiyasiga olib keladi, bu esa oxir-oqibat yurak yetishmovchiligiga olib keladi.

Asosiy gemodinamik o'zgarishlar:

Mitral regurgitatsiya: Sistola paytida chap qorinchadan chap bo'lmachaga qonning qaytishi.

Yurakning chap kameralari dilatatsiyasi (kengayishi): Chap bo'lmacha va chap qorincha hajmining doimiy ortiqcha yuklanishi tufayli kengayadi.

O'pka gipertenziyasi: Chap bo'lmachada bosimning oshishi kichik qon aylanish doirasida qon dimlanishiga olib keladi, bu esa o'pka arteriyasida bosimning oshishiga olib keladi.

O'ng qorincha disfunksiyasi: O'ng qorincha ortiqcha zo'riqishga uchraydi, bu esa uning gipertrofiyasi (og'irligining ortishi) va dilatatsiyasiga olib keladi, o'ng qorincha yetishmovchiligi rivojlanadi.

Yurak zarbasini kamaytirish: Og'irroq hollarda regurgitatsiya hajmi bevosita qon haydash hajmidan ustun bo'lishi mumkin, bu esa yurakning daqiqalik hajmining keskin pasayishiga olib keladi.

Klinikasi

Kompensatsiya bosqichi haqida gapiradigan bo'lsak, bu bosqichda odam odatda kasallik ko'rinishlarini boshdan kechirmaydi. Bunday simptomsiz holat bir necha yil davom etishi mumkin.

Mitral yetishmovchilikning subyektiv belgilari quyidagilarda ifodalangan:

- nafas qisishi;
- tez-tez charchash;
- a'zoning tez urishi;
- ko'krak qafasi sohasidagi og'riqlar;
- yo'tal xurujlari bilan;
- qon tupurish bilan.

Vaqt o'tishi bilan kasallik rivojlanib boradi, bu esa kichik qon aylanish doirasida qon oqimining buzilishini keltirib chiqaradi. Bunday buzilish yurak astmasining tungi soatlarda namoyon bo'lishiga sabab bo'ladi.

Bemorda kasallik o'ng qorincha yetishmovchiligini keltirib chiqarmoqda. Mitral yetishmovchiligi mahalida badan terisining ko'karib turishi, shish kelishi, jigar kattalashib ketishi, bo'yin venalarining bo'rtib turishi, assit boshlanishi ana shunday o'zgarishlarning simptomlaridir. Shifokor mitral klapan yetishmovchiligi bo'lgan bemorning auskultatsiyasida yurakdagi shovqinni eshitishi, ko'krak qafasini paypaslaganda esa titroqni aniqlashi mumkin.

Ko'pincha bemorda dekompensatsiya bosqichi boshlanganda hilpillovchi aritmiya rivojlanadi.

Asoratlar

Mitral yetishmovchiligi jiddiy patologiya bo'lib, inson salomatligiga jiddiy zarar yetkazishi va hayot uchun xavf tug'dirishi mumkin.

Kasallikning asosiy asoratlari:

- balg'amda qon paydo bo'lishi va o'pka shishi. Bemor nafas olishi qiyinlashadi, nam yo'tal paydo bo'ladi, tana harorati ko'tarilishi mumkin. Bunday holat zudlik bilan reanimatsiya yordamini talab qiladi;

• hilpillovchi aritmiya va qorincha usti ekstrasistoliyasi, ularga yurak ritmining buzilishi, holsizlik, bosh aylanishi xos. Bemor statsionar doirasida shifokorlar yordamiga muhtoj;

• insult yoki kuchli qorin og'rig'iga olib kelishi mumkin bo'lgan tromboembolik ko'rinishlar. Simptomatikasi tromb hosil bo'lgan joyga bog'liq. Bemorga zudlik bilan reanimatologlar yordami zarur.

Mitral yetishmovchilikda tashxis qo'yishning asosiy shakllari:

• mutaxassis tomonidan jismoniy ko'rik, ya'ni arterial bosim va pulsni o'lchash, o'pkada xirillashlar va yurakda shovqinlarni eshitish;

• exokardiografiya, bunda yurak mushaklari, yirik tomirlar va klapanlarning tuzilishi, o'lchamlarini baholashga imkon beradigan ultratovush tekshiruvi o'tkaziladi;

• EKG, bunda mutaxassis ritm buzilishini (aritmiyani) aniqlashga muvaffaq bo'ladi;

• yurak mushaklari hajmining kattalashishi va o'pka sohasida dimlanishni aniqlash imkonini beruvchi rentgenografiya;

• patologiya mavjud bo'lganda shovqin va ohanglarni aniqlaydigan fonokardiografiya.

Bemorda bo'lmachalar fibrillyatsiyasi kuzatilganda, qizilo'ngach orqali ExoKG o'tkazish zarur, u chap bo'lmachada ehtimoliy tromblarni topishi mumkin. Yurak bo'shliqlarini zondlash va chap ventrikulografiya kasallikning og'irlik darajasini aniqlashga yordam beradi.

Davolash

Shifokor turli tekshiruvlar orqali tashxisni tasdiqlaganidan so'ng, darhol terapiyani boshlash muhim. O'z vaqtida davolash og'ir asoratlarning oldini oladi, mavjud alomatlarni bartaraf etadi va bemorning umrini uzaytiradi.

Kasallikning zo'rayishi tarkibida magniy va B 6 bo'lgan preparatlarni qabul qilishni talab qiladi. Bu davrda yotoq rejimiga rioya qilish kerak.

O'tkir holatni diuretiklar va periferik vazodilatatorlar yordamida bartaraf etish mumkin. Qonning tomirlar bo'ylab harakatini saqlab turish aorta ichi ballonli kontrpulsatsiyasi bilan ta'minlanadi.

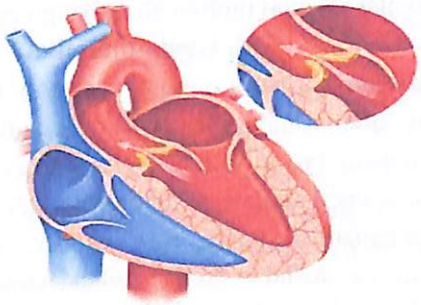
Yurak yetishmovchilikning subkompensatsiyalangan bosqichida APF ingibitorlari, beta-adrenoblokatorlar, vazodilatatorlar, yurak glikozidlari va siydik haydovchi vositalar zarur. Bo'lmachalar fibrillyatsiyasi bilvosita antikoagulyantlar bilan to'xtatiladi.

Mitral yetishmovchiligining o'rta va og'ir darajalarini davolash kardioxirurgik operatsiyaga asoslangan. Agar klapan tavaqalarida kalsiy tuzlarining to'planishi aniqlanmasa va apparatning harakatchanligi saqlanib qolsa, mitral klapan plastikasi, annuloplastika o'tkazish mumkin. Ko'pincha klapanlarni saqlab qolish bo'yicha aralashuvlar qaytalanuvchi holatlarni keltirib chiqarishi mumkin.

Klapan tavaqalarida ko'p miqdorda kalsiy tuzlarining mavjudligi, xordalarning qalinlashishi mitral klapanni biologik yoki mexanik protez yordamida protezlashni talab qiladi.

2.6. YURAKNING ORTTIRILGAN NUQSONLARI. AORTAL KLAPAN NUQSONLARI AORTA STENOZI

Aorta stenozi eng keng tarqalgan yurak-qon tomir kasalliklaridan biri bo'lib, klapan torayishi bilan tavsiflanadi, bu esa chap qorinchadan aortaga normal qon oqimini qiyinlashtiradi. Bu holat yoshga bog'liq o'zgarishlar, yallig'lanish jarayonlari natijasida yuzaga keladi yoki tug'ma bo'lishi mumkin. Kasallikni o'z vaqtida aniqlab, uni davolashga kirishilmasa, bir qator noxush asoratlar kelib chiqishi mumkin(2.6.1-rasm).



2.6.1-rasm

Aorta stenozi kasalligining sabablari

Aorta qopqog'i stenozi bir necha sabablarga ko'ra rivojlanishi mumkin, ularni shartli ravishda ikkita asosiy toifaga bo'lish mumkin: tug'ma va orttirilgan.

Tug'ma sabablar

• Bikuspidal aorta klapani. Ko'pgina odamlarda aorta klapani uchta tabaqadan iborat. Ammo ba'zi bemorlarda faqat ikkita tavaqa bo'lishi mumkin. Bu ham aorta stenozi gemodinamikasi xavfini sezilarli darajada oshiradigan patologiya.

Orttirilgan sabablar

Yoshga bog'liq o'zgarishlar. Yosh o'tishi bilan klapan degenerativ o'zgarishlarga, shu jumladan kalsifikatsiyaga uchrashi mumkin. Bu jarayon ko'pincha keksalarda kuzatiladi va aorta stenozining eng ko'p uchraydigan sababi hisoblanadi.

Yurakning revmatik kasalligi. Yallig'lanish jarayonlari, bular orasida revmatizmni aytib o'tish mumkin. Bu holat klapanning torayishiga olib kelishi va uning funksiyasini buzishi mumkin.

Ateroskleroz. Arteriya devorlarida yog' qatlamlarining to'planishi klapan tizimlariga ham ta'sir qilib, ularning buzilishiga olib kelishi mumkin.

Infeksion jarayonlar. Endokardit yurak ichki qavatining yallig'lanishi bo'lib, klapanlarni shikastlaydi va klapan stenoziga olib keladi.

Ushbu sabablarni tushunish ushbu holatni o'z vaqtida tashxislash va samarali davolash uchun muhim ahamiyatga ega.

Gemodinamika

Aorta stenozida aorta qopqog'i torayib, chap qorinchadan aortaga qon o'tishi qiyinlashadi, bosim ko'tariladi, chap qorincha devori gipertrofiyalanadi (yo'g'onlashadi), chap qorincha esa qonni haydash uchun ko'proq kuch sarflashga majbur bo'ladi. Natijada, a'zolarning qon bilan ta'minlanishi pasayadi, bu jismoniy zo'riqishda nafas qisilishi, stenokardiya va hushdan ketish bilan namoyon bo'ladi va keyingi bosqichlarda yurak yetishmovchiligi va aritmiyalar rivojlanishi mumkin.

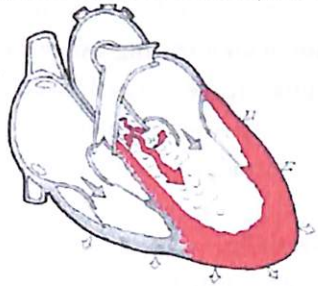
Gemodinamik buzilishlarning rivojlanish mexanizmi

1. Qon oqishining buzilishi:Toraygan aorta klapani qonning chap qorinchadan aortaga o'tishiga to'sqinlik qiladi, bu esa qonning qorinchada to'planishiga va unda bosimning oshishiga olib keladi.

2. Chap qorincha gipertrofiyasi:Ortib ketgan qarshilikni yengish va qonning yetarli miqdorda haydalishini ta'minlashuchun chap qorincha devorlari qalinlasha boshlaydi (gipertrofiyalanadi).

3. Yurak zarbining pasayishi:Uzoq muddatli davrda gipertrofiya qorincha qisqarish qobiliyatining susayishiga, umumiy yurak zarb hajmining kamayishiga, a'zolarni kislorod va oziq moddalar bilan yetarli darajada ta'minlay olmasligiga olib kelishi mumkin.

4. Bo'lmachaning ortiqcha yuklanishi va o'pka gipertenziyasi: Chap qorinchaning zaiflashishi chap bo'lmachaning zo'riqishiga, kichik qon aylanish doirasida (o'pkada) bosimning oshishiga va o'pka gipertenziyasining rivojlanishiga olib keladi(2.6.2-rasm).



2.6.2-rasm

Alomatlari

Simptomatika aorta qopqog'i stenozining darajasiga va bemorning umumiy ahvoliga bog'liq bo'ladi. Ushbu alomatlarga e'tibor berish muhim, chunki ular tibbiy aralashuv zarurligini ko'rsatishi mumkin. Bunday belgilarga quyidagilarni kiritish mumkin:

1. Hansirash. Bu eng ko'p uchraydigan alomatlardan biri bo'lib, jismoniy zo'riqish paytida ham, tinch holatda ham paydo bo'lishi mumkin.

2. Charchash. Bemor uyqudan turgandan so‘ng darmonsizlikni sezishi mumkin, odatdagi maishiy ishlarni bajarayotganda esa kuchli charchoq paydo bo‘ladi.

3. Ko‘krakdagi og‘riqlar. To‘sh orqasidagi siquvchi og‘riqlardan shikoyat qilish mumkin. Ular miokardning yetarli darajada qon bilan ta’minlanmasligi bilan bog‘liq bo‘lib, tiqilib qolishlarni keltirib chiqaradi va og‘riqli his-tuyg‘ularni keltirib chiqaradi.

4. Hushdan ketish va bosh aylanishi. Bu xarakterli bo‘lmagan belgilardan biri, lekin u ham bo‘lishi mumkin. Miyaga yetarli miqdorda kislorod yetib bormaydi, shuning uchun hushdan ketish oldi holati va tez-tez bosh aylanishi, ayniqsa jismoniy zo‘riqish paytida yuzaga keladi.

5. Yurak shovqinlari. Shifokor aorta stenozi auskultatsiyasida o‘ziga xos "sistolik shovqin"ni aniqlashi mumkin.

6. Yurakning kattalashishi. Agar dori-darmonlar bilan davolash hech qanday natija bermasa yoki umuman bo‘lmasa, yurak o‘lchamlari kattalashib, yurak urishiga olib kelishi mumkin.

Aorta stenozining asoratlari va klinikasi

Ushbu kasallik bir qator xavfli asoratlarga ega bo‘lib, ular nafaqat bemorning umumiy ahvolini yomonlashtirishi, balki o‘limga ham olib kelishi mumkin. Bunday nojo‘ya ta’sirlarga quyidagilarni kiritish mumkin:

1. Yurak yetishmovchiligi. Aorta klapanining torayishi tufayli chap qorinchaga yuklama ortishi bilan yurak mushaklari qon haydash funksiyalarini bajara olmay qolishi mumkin. Bu hansirash, charchoq, shish va boshqa alomatlar bilan namoyon bo‘ladigan YuYE rivojlanishiga olib kelishi mumkin.
2. Miokard gipertrofiyasi. Oddiy til bilan aytganda, bu yurakning kattalashishi. Taxikardiya bilan tavsiflangan va shifokor nazoratini talab qiladigan holat.
3. Aritmiyalar. Agar yurak tuzilishida o‘zgarish sodir bo‘lsa, bu turli xil aritmiyalarga olib keladi. Bunda tromblar va insultlar paydo bo‘lish xavfi bir necha o‘n barobar ortadi.
4. Yurakning ishemik kasalligi, u o‘tkir yoki surunkali shaklda namoyon bo‘lishi mumkin.

5. O'lim. Davosiz zo'rayib boruvchi yurak stenozi o'limga olib kelishi mumkin.
6. Infeksion endokardit. Aorta qopqog'i stenozi bo'lgan bemorlarda IE - infeksiya tufayli kelib chiqqan yurak ichki qavatining yallig'lanishi rivojlanish xavfi yuqori bo'ladi. Bu holat zudlik bilan davolanishni talab qiladi va hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin.

Ushbu holatni boshqarishda muntazam tekshiruvlar va kardiolog bilan maslahatlashuvlar muhim rol o'ynaydi.

Aorta klapani stenozi diagnostikasi

Auskultatsiya: Yurakni stetoskop yordamida eshitish aorta ustida xarakterli sistolik haydash shovqinini aniqlash imkonini beradi, bu shovqin bemor oldinga egilganda kuchayadi va o'ng o'mrov suyagi sohasida yaxshiroq eshitiladi.

Shovqin xarakteri - dag'al, g'ichirlovchi, sistola o'rtasiga kelib kuchayib boradi va keyinchalik susayadi.

Exokardiografiya (ExoKG) (yurak UTT):

Oltin standart: diagnostika. Quyidagilarni ko'rish imkonini beradi:

- Aorta qopqog'i tavaqalarining qalinlashishi va harakatining cheklanishi.
- Klapan teshigining o'lchami stenozning og'irligini baholashga yordam beradi.
- Chap qorincha devorlarining gipertrofiyasi (qalinlashishi).
- Aorta qopqog'ining holatini baholash, masalan, ikki tavaqali qopqoqni aniqlash.

Transtorakal va qizilo'ngach orqali ExoKG: batafsilroq tasvirlash uchun ishlatiladi.

Stress-ExoKG: (Yuklama ostidagi ExoKG) yurakning yuklamaga reaksiyasini baholash va simptomsiz bemorlarda alomatlarni aniqlash imkonini beradi.

Elektrokardiografiya (EKG): Yurakning zo'riqishi bilan bog'liq bo'lgan chap qorincha miokardining qalinlashishi (gipertrofiya), aritmiyalar yoki blokadalarni aniqlaydi.

Ko'krak qafasi rentgenografiyasi va KT: Chap qorincha qalinlashishi, aorta kengayishi, shuningdek, o'pka gipertenziyasi belgilarini ko'rsatishi mumkin.

Yuklama testlari (masalan, veloergometriya): Asoratlar xavfini baholash uchun simptomsiz bemorlarga buyuriladi. Zo'riqish paytida nafas qisishi, ko'krak qafasidagi og'riq yoki EKGdagi o'zgarishlarni aniqlash davolanish zarurligini ko'rsatadi.

Aorta stenozini davolash

Bunday holda, terapevtik terapiyani quyidagi variantlarga bo'lish mumkin:

Medikamentoz terapiya. Kasallikning dastlabki bosqichlarida zarur. Shifokor noxush alomatlarni bartaraf etishga qaratilgan dori-darmonlarni buyurishi mumkin, ular orasida: gipertoniya yoki aritmiya. Dori-darmonlar yordamida qon bosimi ko'rsatkichlarini amalga oshirish va bemorning umumiy ahvolini yaxshilash mumkin.

Invaziv muolajalar. Ularni quyidagicha ajratish mumkin:

-Ballonli valvuloplastika - bu vaqtinchalik yechim sifatida qo'llaniladigan usul, ayniqsa keksa bemorlarda. Oxiriga ballon o'rnatilgan maxsus kateter kiritiladi. Ballon shishganda, toraygan kanalni kengaytiradi.

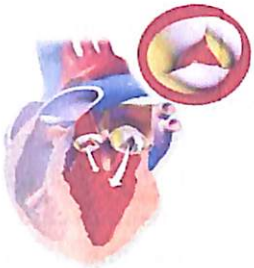
-Aorta klapanini jarrohlik yo'li bilan almashtirish keng tarqalgan operatsiya bo'lib, bemorni kasallikdan oldin normal hayotga qaytarish imkonini beradi. Kasallikning og'irlik darajasiga qarab, turli xil mexanik yoki bioprotezlar ishlatilishi mumkin.

Ayniqsa, stenozning o'tkir shaklida jarrohlik aralashuvi ko'rsatilgan, operatsiyaning o'zi esa yurakning funksional holatini yaxshilashga va shu bilan umr ko'rish davomiyligini uzaytirishga qodir.

Minimal invaziv usullar. Aorta klapanini transkateterli almashtirish - bu yanada zamonaviy va invaziv yondashuv bo'lib, unda shikastlangan klapanni ochiq jarrohliksiz almashtirish mumkin, bu esa yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar xavfini sezilarli darajada kamaytiradi. Muolajaning o'zi tomirlar orqali amalga oshiriladi va bu holatda tiklanish ko'p vaqt talab qilmaydi. Davolanishdan so'ng tibbiy ko'rsatmalarga rioya qilish, sog'lom turmush tarzini olib borish va muntazam ravishda tibbiy ko'rikdan o'tish muhimdir. Bu holatni nazorat qilish va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olishga yordam beradi.

AORTA YETISHMOVCHILIGI

Aorta yetishmovchiligi yoki aorta regurgitatsiyasi - chap qorincha (CHQ) va yurakning asosiy arteriyasi - aorta o'rtasidagi klapan to'g'ri yopilmaganda yuzaga keladigan yurak klapani kasalligi. Bu shunga olib keladiki, qonning bir qismi diastola vaqtida aortadan chap qorinchaga qaytadi, bunda yurak bo'shashgan bo'ladi va chap qorinchadan qon katta qon aylanish doirasiga to'liq haydalmaydi(2.6.3-rasm).



2.6.3-rasm

Aorta klapani yetishmovchiligida gemodinamikaning buzilishi

Yurak mushakli a'zo bo'lib, to'rtta bo'shliqqa bo'lingan, ular orasida klapanlar mavjud. Uning vazifasi qonni butun organizmga haydamoqdir. Klapanlar qonning kerakli yo'nalishda oqishini ta'minlaydi.

Aorta (aorta) - inson tanasidagi eng katta tomir. Aorta CHQdan boshlanadi, u kislorod va oziq moddalar bilan boyitilgan qonni tanamizning barcha a'zolari va tizimlariga yetkazib beradi. Bu katta qon aylanish doirasining boshlanishidir.

Me'yorda aorta klapani uchta tavaqali bo'lib, qonning chap qorinchadan aortaga bir tomonlama oqishini ta'minlaydi. Qorincha qisqarganda, CHQ bo'shlig'idagi bosim aortadagi bosimdan yuqori bo'lganda klapan ochiladi. Qorinchalar sistolasi tugagandan so'ng, qorincha ichidagi bosim keskin pasayib, aortadagi bosimdan past bo'lganda, klapan yopiladi.

Qorinchalar diastolasi davrida aorta va chap qorincha o'rtasidagi bosim gradiyenti ta'sirida aorta klapanining yopilishi buzilishi tufayli qonning bir qismi aortadan qorinchaga qaytadi. Natijada. katta qon aylanish doirasiga yetarli va samarali zarba berish uchun chap qorincha yurakning zarba hajmini (har bir qisqarishda aortaga chiqariladigan qon miqdori) oshiradi. Regurgitatsiya yurakning hajmiy yukini oshiradi. Yurak ichi gemodinamikasining buzilishi kasallikning ma'lum bosqichida yurakning boshqa bo'limlari tomonidan kompensatsiyalanadi, lekin ularning qisqarish funksiyasi pasayganda yurak yetishmovchiligi belgilari rivojlanadi. Avvaliga CHQ dilatatsiyasi va gipertrofiyasi rivojlanadi, keyinchalik chap bo'lmacha kengayadi, bu uning bo'shashini qiyinlashtiradi, keyinchalik kichik qon aylanish doirasi (o'pka) tomirlarida dimlanish hodisalari rivojlanadi.

Aorta yetishmovchiligining sabablari

Aorta klapan apparatining o'zgarishiga va uning funksiyasi va gemodinamikasining buzilishiga olib keladigan aorta yetishmovchiligining asosiy sabablari:

- tug'ma anomaliyalar;
- revmatik isitma;
- endokard infeksiyasi;
- aorta ravog'ining qavatlarga ajralishi;
- yurakning travmatik shikastlanishi;
- biriktiruvchi to'qimaning tizimli kasalliklari (Marfan sindromi, tizimli qizil yugurik);
- yurakdagi yoshga bog'liq o'zgarishlar (kalsinatsiyalangan aorta klapani);
- surunkali buyrak kasalliklari;
- arterial gipertenziya.

Aorta yetishmovchiligi belgilari va alomatlari

Hatto ifodalangan nuqson uzoq vaqt (20-40 yoshgacha) kompensatsiyalangan bo'lib qolishi mumkin va bunday odamlarda eng faol turmush tarzida simptomlar uzoq vaqt yo'qoladi.

Aortal yurak yetishmovchiligida asosiy shikoyatlar quyidagilardir:

- charchoq;
- jismoniy faollik paytida nafas qisishi. Bu eng doimiy, ammo kechki alomat bo'lib, dekompensatsiya boshlanishidan dalolat beradi. Tez orada gorizontal holatda bo'g'ilish (bemorlar ko'pincha yarim o'tirgan holda uxlaydilar) va o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi xurujlari (o'pka shishi) qo'shiladi;
- yurak sohasidagi turtkilarni. bo'yin va bosh sohasidagi pulsatsiyani sezish;
- to'sh orqasidagi og'riqlar;
- yurak urishi;
  - oyoq va tovon shishi;
  - bosh aylanishi va hushdan ketish;
  - o'ng qovurg'a ostida og'riq.

Aorta yetishmovchiligi tasnifi

Aorta yetishmovchiligi og'irlik darajasiga ko'ra odatda gemodinamik buzilishlarga qarab I, II yoki III darajaga bo'linadi:

• I daraja (ahamiyatsiz, kompensatsiya bosqichi) - bu bosqichda har bir yurak urishi paytida oz miqdordagi qon CHQga qaytib tushadi. Odatda bu hech qanday alomatlarni keltirib chiqarmaydi;

• II daraja (o'rtacha, subkompensatsiya) - bu bosqichda o'rtacha miqdordagi qon kuzatiladi, u CHQga qaytib tushadi. Bu nafas qisilishi, ko'krak og'rig'i yoki charchoq kabi alomatlarni keltirib chiqarishi mumkin. Yurak yetishmovchiligi belgilari rivojlanadi. Nuqson kompensatsiyasida chap qorincha va bo'lmacha ishtirok etadi;

• III daraja (og'ir, dekompensatsiya) - bu bosqichda CHQga uning diastolasi vaqtida ko'p miqdorda qon qaytadi. Bu jiddiy alomatlarni keltirib chiqarishi va hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin. Nuqsonning kompensatsiyasi o'ng qorincha ishining kuchayishi hisobiga amalga oshiriladi. Odatda, ham dori-darmon, ham jarrohlik yondashuvlarini o'z ichiga olgan davolash talab etiladi.

Aorta yetishmovchiligi asoratlari

Yurak nuqsonining o'tkir va dekompensatsiyalangan (og'ir) shakllarining potentsial asoratlari quyidagilardir:

- *tromboemboliyalar;*
- insult;
- o'pka shishi - o'tkir yurak yetishmovchiligi;
- surunkali yurak yetishmovchiligi;
- aritmiyalar;
- yurak to'satdan to'xtab qolishidan o'lim.

Aorta yetishmovchiligi diagnostikasi

Tashxis fizik tekshiruv, laboratoriya tekshiruvlari, ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi, EKG, exokardiografiya (ExoKG) va MRT yoki KT kabi boshqa vizualizatsiya usullarini o'z ichiga oladi.

Yurak auskultatsiyasida aorta yetishmovchiligi uchun yurak cho'qqisida I tonning susayishi (sistolik) va aortada II tonning kuchayishi xos, ba'zi hollarda III ton aniqlanadi. Eng muhim auskultativ belgi - aorta ustida yumshoq protodiastolik shovqin bo'lib, u yurak cho'qqisiga o'tadi.

Majburiy laboratoriya tekshiruvlari:

- umumiy qon tahlili;
- umumiy siydik tahlili;
- qonning biokimyoviy tahlili;
- koagulogramma;
- qon guruhini aniqlash;
- Vasserman reaksiyasi;
- gepatit V va S ga sinamalar;
- OIVga testlar.

EKGda CHQ gipertrofiyasi, ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasida CHQ gipertrofiyasi, aorta kengayishi aniqlanadi. Aorta yetishmovchiligida **ExoKG** tashxislash va kasallikning og'irligini baholash usullaridan biri bo'lib, u CHQ kamerasining kengayish darajasini va regurgitatsiya hajmini aniqlaydi. ExoKG bo'yicha regurgitatsiyaning to'rtta darajasi ajratiladi:

1. Faqat klapan tavaqalari yonida.
2. Mitral qopqoq chetlarigacha.
3. Papillyar mushaklargacha.
4. CHQ butun bo'shlig'iga.

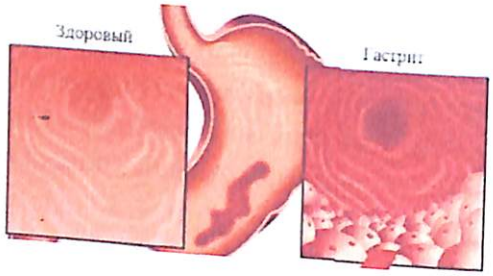
Aorta yetishmovchiligini davolash

Aorta yetishmovchiligini davolash bo'yicha klinik tavsiyalar, holatning og'irligiga qarab, yurak nuqsonini dori-darmonlar va jarrohlik yo'li bilan davolashni nazarda tutadi. Aorta qopqog'i yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarga qopqoqni tiklash yoki protezlash operatsiyasi bajariladi. Eng yaxshi ta'sir kasallikning dastlabki bosqichlarida operatsiya qilingan bemorlarda kuzatiladi. Agar jarrohlik aralashuvi mumkin bo'lmasa yoki hali amalga oshirilmagan bo'lsa, dori-darmonlar bilan davolash ko'rsatiladi. Dori vositalari hayot sifatini yaxshilashga yordam beradi, yurak yetishmovchiligi alomatlarini kamaytiradi va kasallikning rivojlanishini sekinlashtiradi. Odatda APF ingibitorlari, beta-blokatorlar, yurak glikozidlari, diuretiklar buyuriladi. Asosiy kasallikni davolaydilar.

III BOB. HAZM QILISH A'ZOLARI KASALLIKLARINING SEMIOTIKASI

3.1. SURUNKALI GASTRIT

Surunkali gastrit (SG) - me'da shilliq qavatining surunkali yallig'lanishi va asta-sekin uning atrofiyasi (a'zo, hujayralar sonining kamayishi), me'daning sekretor (me'da shirasi ishlab chiqarilishi), motor va inkretor (gormonlar ishlab chiqarilishi) funksiyalarining buzilishi bilan tavsiflangan kasallik (3.1.1-rasm).



3.1.1-rasm

Surunkali gastrit va duodenit kislotaga bog'liq deb ataladigan holatlarga kiradi, ular oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining himoya va tajovuzkor omillari nomutanosibligida rivojlanadi.

Surunkali gastrit ovqat hazm qilish tizimining eng keng tarqalgan kasalligi bo'lib, aksariyat hollarda oshqozon yarasi va saratoni kabi jiddiy kasalliklardan oldin va ular bilan birga keladi.

Surunkali gastritning asosiy sabablari

1. Helicobacter pylori infeksiyasining mavjudligi. Eng ko'p uchraydigan sabab - oshqozon shilliq qavatining Helicobacter pylori bakteriyasi bilan zararlanishi. Xelikobakter oshqozon shilliq qavatini egallab, uning yallig'lanishi va shikastlanishiga olib keladi. Infeksiya manbai kasallangan odam hisoblanadi. Taxminan 80% SG holatlari Helicobacter

pylori (Hp) bilan bog'liq deb hisoblanadi. Pilorik xelikobakter infeksiyasi oshqozon saratoni uchun isbotlangan xavf omilidir.

2. Oshqozon shilliq qavatining autoimmun shikastlanishi

Autoimmun gastritda shilliq parda o'z antitelolari bilan zararlanib, atrofiya boshlanadi. Organizmning o'z hujayralariga zarar yetkazishi sababi aniqlanmagan. Autoimmun gastritda oshqozon saratoni xavfi sezilarli darajada 3-6 baravar oshadi. Shuningdek, autoimmun gastrit og'ir anemiya rivojlanishining yuqori xavfiga olib keladi.

3. Oshqozon shilliq qavatiga kimyoviy-toksik ta'sir. Turli kimyoviy moddalarning shilliq qavatga ta'siri:

- o'tning o'n ikki barmoqli ichakdan oshqozonga tushishi natijasida;
- dori vositalari (ko'pincha nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar)
- alkogol

4. Alohida kam uchraydigan shikastlovchi omillar (nur bilan davolash usullari oqibatida, allergiya va b.)

Buning yana bir qancha sabablari bor.

Shuni ham yodda tutish kerakki, kasallikning rivojlanishini qo'zg'atuvchi va kuchayishini kuchaytiruvchi qo'shimcha omillar quyidagilardir:

• ovqatlanishning buzilishi (ovqatlanish tartibiga rioya qilmaslik, achchiq, dudlangan, qovurilgan, konservalangan mahsulotlarni iste'mol qilish, juda issiq yoki juda sovuq ovqatni suiste'mol qilish)

• zararli odatlar: chekish va spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish.

• stressli vaziyatlar

Simptomlari.

Hozirgi vaqtda oddiy yuzaki gastrit hech qanday alomatlarning paydo bo'lishiga olib kelmaydi, deb hisoblanadi. Ushbu vaziyatda shikoyatlarning paydo bo'lish sababi funksional dispepsiya hisoblanadi.

Biroq, surunkali gastrit qo'zigan davrda (yaqqol yallig'lanish, eroziyalar hosil bo'lishi) simptomlar paydo bo'lishi mumkin. Kasallik uzoq vaqt, ko'p yillar davom etganida, me'daning hamma bo'limlari shilliq pardasi chuqur atrofiyaga uchraganida ham klinik alomatlar

paydo bo‘ladi. Bunday hollarda mahalliy va umumiy ko‘rinishlar rivojlanishi mumkin.

Mahalliy buzilishlar:

• dispepsiya (og‘irlik va bosim hissi, ovqat paytida yoki ovqatdan keyin tezda paydo bo‘ladigan yoki kuchayadigan to‘laqonlik, kekirish, qayt qilish, ko‘ngil aynishi, og‘izda yoqimsiz ta’m, epigastral sohada achishish)

• oshqozonning sekretor funksiyasi oshganda, defekatsiya buzilishi ko‘rinishidagi "ichak" dispepsiyasi belgilari paydo bo‘lishi mumkin (qabziyat, bo‘shashish, beqaror ich kelishi, quldirash, qorin dam bo‘lishi).

• qorin og‘rig‘i, ko‘ngil aynishi, qusish, ozish, diareya ma’lum oziq-ovqat mahsulotlari, dori-darmonlarni iste’mol qilganda - surunkali gastrit (allergik) bilan og‘rigan bemorlarda rivojlanadi.

Umumiy buzilishlar:

• holsizlik, toliqish

• to‘satdan holsizlik, hiqichoq tutish, rangparlik, terlash, uyquchanlik, ovqatdan keyin beqaror ich kelishi surunkali gastritning atrofik shakllarida, me’da hujayralari ovqat hazm qilish uchun yetarli miqdorda me’da shirasini ishlab chiqarishni to‘xtatadigan bosqichda bo‘lishi mumkin.

• holsizlik, tez charchash, uyquchanlik; og‘izda, tilda og‘riq va achishish paydo bo‘ladi: oshqozon shilliq qavatining sezilarli atrofiyasida rivojlanadigan B12 vitamini yetishmovchiligi namoyon bo‘ladi.

Diagnostika

Instrumental tadqiqotlar

• Fibroezofagogastroduodenoskopiya (FGDS) - surunkali gastritda eng ko‘p ma’lumot beruvchi tekshiruv usuli bo‘lib, oshqozon-ichak traktining boshqa ko‘plab xavfli kasalliklarini, masalan, GERKni aniqlashga yordam beradi. FGDSda qizilo‘ngach, me’da va o‘n ikki barmoq ichak shilliq qavatlari to‘liq ko‘zdan kechiriladi. Faqat FGDS

bajarilgandan keyingina surunkali gastrit tashxisini qo'yish, shuningdek, yallig'lanish faolligini, shilliq qavat atrofiyasi mavjudligini, xelikobakter infeksiyasini aniqlash uchun biopsiya (shilliq qavat bo'lagi) olish mumkin.

- Qorin bo'shlig'i ultratovush tekshiruvi. Oshqozon devorlari yallig'lanishining bilvosita belgilari baholanadi, shuningdek, surunkali gastritda tez-tez uchraydigan patologiyani istisno qilish uchun oshqozon-ichak traktining boshqa a'zolari tekshiriladi.
- Nafas olish testi. Xelikobakter infeksiyasi mavjudligini aniqlash imkonini beradi. Ko'pincha terapiya kursidan so'ng ushbu infeksiyadan tuzalganlikni tasdiqlash uchun, shuningdek, biron bir sabablarga ko'ra biopsiya olish bilan FGDS o'tkazish mumkin bo'lmagan hollarda qo'llaniladi.

Laboratoriya usullari

- Klinik, biokimyoviy qon tahlillari, koprogramma, najasni yashirin qonga tekshirish.
- Axlatda H. Rylori antigenlarini aniqlash va qonda xelikobakterga qarshi antitanalarni aniqlash (FEGDS o'tkazish imkoni bo'lmaganda yoki maqsadga muvofiq bo'lmaganda ham qo'llaniladi).
- Gastropanel - H. Pylori infeksiyasini aniqlash va oshqozon shilliq qavatida atrofiya mavjudligini aniqlash imkonini beradi.

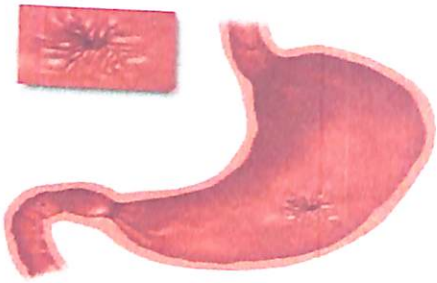
Davolash

Klinik vaziyatga, yallig'lanish va atrofik gastritning og'irligiga qarab, davolashda quyidagilar qo'llaniladi:

- proton pompasi ingibitorlari (omeprazol, rabeprazol, ezomeprazol va b.)
- H2-gistamin retseptorlari blokatorlari (ranitidin, famotidin).
- vismut preparatlari
- antatsid preparatlar
- antibakterial preparatlar
- prokinetika
- xlorid kislota va oshqozon shirasi fermentlari preparatlari.

3.2. ME'DA VA 12 BARMOQ ICHAK YARA KASALLIGI

Me'da va o'n ikki barmoq ichakning yara kasalligi - me'da shilliq pardasi va muskul qavatida hamda o'n ikki barmoq ichakning yuqori bo'limlarida nuqsonlar yaralar hosil bo'ladigan kasallik(3.2.1-rasm).



3.2.1-rasm

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasining kelib chiqish sabablari

Oshqozon va o'n ikki barmoq ichak shilliq qavatidagi yaralar oshqozon shirasi tarkibiga kiradigan va ovqatni hazm qilishga yordam beradigan xlorid kislotaning shikastlovchi ta'siridan kelib chiqadi. Me'yorda xlorid kislota me'da va o'n ikki barmoq ichak devorlarini yemirmaydi, chunki ularni shilliq qavat himoya qiladi. Agar qatlam qalinligi kamaysa, kislota asta-sekin organlarning shilliq qavatini yemiradi. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining himoya xususiyatlarini pasaytiruvchi omillar:

- Helicobacter pylori bakteriyasi keltirib chiqargan infeksiya;
- yallig'lanishga qarshi nosteroid dorilar (YAQNDV), shuningdek, boshqa guruh dori vositalarini (masalan, steroidlar, antikoagulyantlar) yuqori dozalarda nazoratsiz qabul qilish;
- davomli stress.

Kasallikning avj olib borishida infeksion zararlanish alohida o'rin tutadi. Helicobacter pylori bakteriyasi bilan zararlanish o'n ikki

barmoqli ichak yarasi bilan og'rigan bemorlarning 80 foizida va oshqozon yarasi bilan og'rigan bemorlarning 60 foizida aniqlanadi. Bundan tashqari, yara kasalligi paydo bo'lishining xavf omillari ham tafovut qilinadi. Ular o'z-o'zidan kasallikka olib kelmaydi, lekin kechishini og'irlashtiradi va shilliq qavatdagi yaralarning bitishini qiyinlashtiradi.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi **rivojlanishining xavf omillari**:

- chekish,
- alkogolni suiiste'mol qilish,
- achchiq va kuydiruvchi taomlarni ko'p iste'mol qilish,
- og'irlashgan irsiyat - qon-qarindoshlarda yara kasalligi.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasining turlari

Yaralar ko'pgina belgilariga ko'ra tasniflanadi: paydo bo'lish sababi, kechish xarakteri, katta-kichikligi, joylashuvi.

Kasalliklarning xalqaro tasnifiga ko'ra, yaralarning quyidagi **turlari** mavjud:

- qon ketishi bilan o'tkir yara,
- teshilgan (perforatsiya) o'tkir yara,
- qon ketishi va teshilishi bilan o'tkir yara,
- qon ketish va teshilishsiz o'tkir yara,
- surunkali yoki aniqlanmagan qon ketish yarasi,
- qon ketishi va teshilishi bilan kechuvchi surunkali yoki aniqlanmagan yara,
- qon ketish va teshilishsiz surunkali yara,
- qon ketish va teshilishsiz aniqlanmagan yara.

Kelib chiqish sababiga ko'ra, yaralar ajratiladi:

- Helicobacter pylori infeksiyasi bilan bog'liq yaralar;
- "dori" - oshqozon shilliq qavatini yemiruvchi dorilarni yuqori dozada qabul qilish oqibati;
- "stressli" - jismoniy yoki psixologik stress tufayli yuzaga keladi.

Shilliq qavat nuqsonining kattaligiga qarab yaralar quyidagilarga bo'linadi:

- kichik (5 mm gacha);

• o‘rtacha (5-10 mm);
• katta: oshqozon uchun 11-29 mm, o‘n ikki barmoqli ichak uchun - 11-19 mm;
• ulkan: oshqozon uchun 30 mm va undan ortiq, o‘n ikki barmoqli ichak uchun - 20 mm va undan ortiq.

Kechish xarakteriga ko‘ra yaralar o‘tkir va surunkali xillarga bo‘linadi, bunda surunkali yaralar tez-tez (yiliga 2-3 marta) yoki kamdan kam (2-3-yilda bir marta) qo‘zib turadigan bo‘lishi mumkin.

Joylashuviga ko‘ra oshqozon, o‘n ikki barmoqli ichak yarasi yoki kasallikning kombinatsiyalangan shakli ajratiladi, bunda shilliq qavatning shikastlanishi ikkala a’zoda ham aniqlanadi.

Yara kasalligining har xil turlari bir-biridan simptomlari va ko‘rinishlarining ifodalanganligi bilan farq qiladi. Bundan tashqari, yara kasalligining turiga qarab davolash ham farq qiladi. Shunday qilib, o‘tkir yara bilan bemor shoshilinch operatsiya va keyinchalik kasalxonada kuzatuv va davolanishni talab qilishi mumkin, kasallikning surunkali kechishi va kamdan-kam qaytalanishi bilan parhez va dori-darmonlar yetarli bo‘ladi.

Oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yarasi belgilari

Yaraning belgilari turlicha bo‘lishi mumkin. Oshqozon yarasining birinchi belgisi odatda qorinning yuqori qismida achishtiruvchi og‘riq bo‘lib, u ayniqsa och qoringa kuchli seziladi va ovqatdan keyin yoki jig‘ildon qaynashiga qarshi dorilar qabul qilgandan so‘ng biroz kamayadi. Simptomlar ko‘p jihatdan shikastlanish joyiga bog‘liq, ammo yara kasalligining bir nechta umumiy ko‘rinishlarini ajratib ko‘rsatish mumkin.

Oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yara kasalligi belgilari:
• qorinda kengayish hissi;
• qorin dam bo‘lishi;
• kekirish;
• ko‘ngil aynishi;
• tez-tez paydo bo‘ladigan ochlik hissi.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi **asoratlarining** belgilari:

- qorinning yuqori qismida o'tkir kesuvchi og'riq,
- qon aralash qusish,
- qoramoysimon qora stul,
- nafas olish qiyinlashishi.

Odatda, bunday alomatlar bilan bemorlar ertami-kechmi shifokorga murojaat qilishadi, shuning uchun jiddiy asoratlar kuzatilmaydi. Ammo kasallik davolanmasa, hayot uchun xavfli holatlar rivojlanishi mumkin.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi **asoratlarining belgilari**:

- yarali qon ketishi - oshqozon-ichak trakti bo'shlig'iga qon ketishi, uning manbai oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasi hisoblanadi;
- yara perforatsiyasi - oshqozon devorining yemirilishi, uning tarkibi atrofdagi to'qimalarga tushadi va peritonitga - qorin bo'shlig'ining infeksiyalanishiga olib kelishi mumkin;
- yara penetratsiyasi - yaraning oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichakdan tashqari atrofdagi a'zolarga (oshqozon osti bezi, kichik charvi, jigar va o't yo'llari) kirishi;
- to'qimalarning chandiqlanishi natijasida kelib chiqqan oshqozon stenozi: yara o'rnida qattiq biriktiruvchi to'qima paydo bo'ladi, u ovqatning oshqozon-ichak trakti orqali o'tishini to'sib qo'yishi mumkin.

Diagnostikasi

Tashxis qo'yish uchun shifokor bemorning shikoyatlarini, qorin og'rig'ining xususiyatlarini, oilaviy kasallik tarixini va kasallikni qo'zg'atishi mumkin bo'lgan dorilar ro'yxatini aniqlaydi. Odatda, bemorlar ko'rik paytida qorinning yuqori qismida og'riq va noqulaylikdan shikoyat qiladilar, bu palpatsiya paytida kuchayadi. Keyingi tekshiruvlar qon va najas tahlillari, instrumental tekshiruvlar - endoskopiya va biopsiyani o'z ichiga olishi mumkin.
Yara kasalligini aniqlash uchun laboratoriya tekshiruvlari.

Bemorning umumiy sog'lig'ini baholash va tanadagi yallig'lanishni aniqlash uchun shifokor umumiy va biokimyoviy qon tahlillarini, yallig'lanishning o'tkir bosqichi belgisi bo'lgan C-reaktiv oqsilni tekshirishni, shuningdek, jigar fermentlari - alaninaminotransferaza (ALT) va aspartataminotransferaza (AST) ishini alohida ko'rib chiqishni buyurishi mumkin.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligiga shubha qilinganda, albatta, Helicobacter pylori testlari buyuriladi, chunki odamning infeksiyalangan yoki yo'qligiga qarab, davolash uchun dori-darmonlarni tanlash ham farq qiladi.

Instrumental tekshiruv - endoskopiya tashxisni tasdiqlash uchun o'tkaziladi. Muolaja paytida shifokor kamerali naycha yordamida oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining holatini ichkaridan tekshiradi, shuningdek, biopsiya - shilliq qavat to'qimalarining bir qismini tahlil qilish uchun olishi mumkin.

Davolash

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligini davolash bilan gastroenterolog shifokor shug'ullanadi. Davolashning asosiy vazifasi proton pompasi ingibitorlari bo'lgan preparatlar yordamida xlorid kislota hosil bo'lishini kamaytirishdir. Ular oshqozonda kislota ajralishini "to'sib" qo'yadi va yaraning chandiqlanishiga yordam beradi. Bundan tashqari, davolash shilliq qavatning shikastlanishiga olib kelgan sababga qarab to'ldirilishi mumkin. Odatda, u Helicobacter pylori ni yo'q qilish, shilliq qavatni shikastlaydigan dorilarni almashtirish yoki qabul qilinadigan dozalarni kamaytirish, shifobaxsh vositalar va xlorid kislota ishlab chiqarishni kamaytiradigan dorilarni qo'llashni o'z ichiga oladi. To'g'ri davolansa, aksariyat yaralar bir-ikki oyda bitib ketadi. Ammo bir necha yildan keyin kasallik yana paydo bo'lishi ham ehtimoldan xoli emas.

- Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining oldini olish

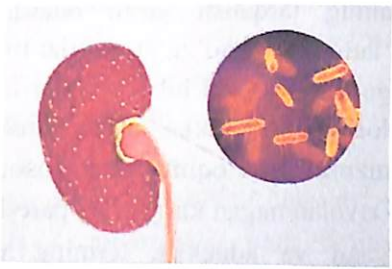
- Maxsus profilaktika mavjud emas. Ammo oshqozon-ichak trakti salomatligini saqlash va noxush alomatlarning oldini olishga yordam beradigan umumiy tavsiyalar mavjud:
- • Chekishni tashlash va spirtli ichimliklarni iste'mol qilishni kamaytirish. Spirtli ichimliklar va sigaretalar oshqozonni ichki tomondan qoplaydigan va xlorid kislotadan himoya qiladigan shilliq qavatning asosiy tarkibiy qismi bo'lgan mutsin ishlab chiqarilishini kamaytiradi.
- • Oshqozon-ichak trakti shilliq qavatini parchalovchi preparatlarni qo'llashni cheklash. Steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar (YAQNDV) - ibuprofen, aspirin va boshqalar shilliq qavatni eng ko'p yemiradi. Ayniqsa, agar odam preparatni uzoq vaqt yoki yuqori dozalarda qabul qilsa. Dorixonada ularni retseptsiz sotib olish mumkin bo'lsa-da, bunday dorilarni faqat shifokor buyurishi kerakligini yodda tutish kerak. YAKNDVni 5 kundan ortiq bo'lmagan muddatga tayinlamasdan qo'llash mumkin. Agar bemor terapiya fonida oshqozon-ichak trakti tomonidan noxush alomatlar paydo bo'lganini sezsa, bu haqda shifokor bilan gaplashib, preparatni almashtirish kerak.
- Oshqozon yarasi uchun ehtiyotkorona parhez. Yara kasalligi zo'rayganda qovurilgan va achchiq taomlarni ratsiondan chiqarib tashlash, yaxshisi bug'da pishirish yoki qaynatish, pishirish, dimlash tavsiya etiladi. Achchiq va nordon mahsulotlarni ham vaqtincha iste'mol qilmaslik kerak.
- Agar xurujlar bo'lmasa, xohlagan narsangizni iste'mol qilishingiz mumkin, ammo ovqatlanish xilma-xil bo'lishi kerakligini unutmasligingiz kerak. Masalan, tarelka usulidan foydalanish mumkin. Unga ko'ra, mahsulotlar beshta asosiy guruhga bo'linadi: meva va sabzavotlar, sekin uglevodlar, sut mahsulotlari, oqsil mahsulotlari va yog'lar. Har bir ovqatlanishni shunday tuzishga harakat qilish kerakki, bitta likopchada sanab o'tilgan barcha guruhlar birlashtirilsin.
- Meva va sabzavotlar uning uchdan bir yoki yarmini tashkil etishi kerak. Sekin uglevodlar - uchdan bir yoki biroz ko'proq. Qolgan

qismi sut mahsulotlari va oqsilli ovqatlar teng miqdorda, ozroq qismi esa yog'lardir.

- Muntazam jismoniy faollik. Oshqozon-ichak traktining salomatligi nafaqat ovqatlanishga, balki jismoniy faollik darajasiga ham bog'liq. Sport bilan shug'ullanish ichakdagi bakteriyalar xilma-xilligini va organizmning himoya funksiyalarini qo'llab-quvvatlaydigan foydali moddalar ishlab chiqarilishini oshiradi.
- • Uyqu 7-9 soat. Uyqusizlik ovqat hazm qilish tizimi faoliyatini buzadi, moddalar almashinuviga ta'sir qiladi va hatto kechasi ortiqcha ovqatlanishga majbur qiladi.

IV BOB. SIYDIK TANOSIL TIZIMINING SEMIOTIKASI

4.1. SURUNKALI PIELONEFRIT



4.1.1-rasm

Surunkali piyelonefrit buyrak parenximasi va kosacha-jom tizimining bakterial infeksiya ta'sirida uzoq muddatli yallig'lanishidir(4.1.1-rasm). Kasallik qo'zish va remissiya davrlari bilan kechib, bosqichma-bosqich buyrak funksiyasining buzilishiga olib keladi, bunda quyidagilar sodir bo'ladi:

- buyrak to'qimasining asta-sekin yemirilishi;
- kanalchalar va koptokchalar sklerozi;
- filtrlash funksiyasining buzilishi.

Statistik ma'lumotlarga ko'ra, ayollar siydik yo'llarining anatomik xususiyatlari tufayli ushbu patologiyaga erkaklarga qaraganda 3-5 baravar ko'proq duch kelishadi.

Surunkali piyelonefritning asosiy xususiyatlari:

- ko'pincha yashirin shaklda, yaqqol simptomlarsiz kechadi;
- o'tkir piyelonefrit oqibati bo'lishi mumkin (40% hollarda);
- davolanmasa surunkali buyrak yetishmovchiligiga olib keladi.

Surunkali pielonefritning asosiy omillari

Buyrak yallig'lanishining rivojlanishi va kuchayishi sabablar majmuasiga bog'liq. Ularni batafsil ko'rib chiqamiz.

1. Mikroblar bilan zararlanish

Surunkali piyelonefritda asosiy qo'zg'atuvchilar:

- grammanfiy bakteriyalar (E.coli - 70-80% hollarda);

• protey (10-15%);
• klebsiyella (5-7%);
• enterokokklar (3-5%).

Infeksiyaning tarqalish yo'li, odatda, yuqoriga ko'tariluvchi (urinogen) bo'ladi. Bunda qo'zg'atuvchilar uretra va qovuq orqali kiradi. Kasallikning gematogen yo'l bilan yuqishi ham mumkin, bu immunitet tanqisligiga aloqador kasalliklar uchun xarakterlidir. Bunday vaziyatda patogen organizmlar qon oqimi bilan boshqa infeksiya o'choqlaridan yetib keladi. Davolanmagan kariyes va parodontit, surunkali tonzillit va sinusit, xoletsistit va adneksit, terining yiringli kasalliklari ushbu jarayonni qo'zg'atishi mumkin.

2. Funksional va anatomik buzilishlar

Tegishli obstruktiv jarayonlar quyidagilarni asoslaydi:
• siydik-tosh kasalligi (ayniqsa, marjonsimon hosilalarda);
• siydik yo'llari o'smalari;
• siydik yo'llari strikturasi;
• erkaklarda prostata adenomasi;
• homiladorlik (siydik yo'llarining siqilishi natijasida).

Qovuq-siydik nayi reflyuksi, buyrak polikistozi, siydik chiqarish a'zosi distopiyasi, kosacha-jom tizimining ikkilanishi, taqasimon buyrak kabi bir qator tug'ma anomaliyalar ham patologiyaga sabab bo'lishi mumkin.

3. Yo'ldosh patologiyalar va holatlar

Kasallik xavfini oshiradigan omillar qatoriga quyidagi endokrin buzilishlar kiradi:
• qandli diabet (surunkali piyelonefrit rivojlanish ehtimolini 4-5 barobar oshiradi);
• podagra;
• giperparatireoz.

OIV infeksiyasi, uzoq muddatli immunosupressiv terapiya, onkologik kasalliklar bilan bog'liq immunitet tanqisligi holatlari ham patologiya omili bo'lishi mumkin.

4. Surunkali piyelonefrit rivojlanishining boshqa xavf omillari:
• tez-tez sovqotish;

• surunkali stresslar;
• tartibsiz jinsiy hayot;
• ichimlik rejimiga rioya qilmaslik;
• analgetiklarni suiste'mol qilish.

Muhim: 60% bemorlarda surunkali piyelonefrit yetarlicha davolanmagan o'tkir jarayonning oqibati sifatida rivojlanadi. Shu munosabat bilan antibakterial terapiya kursini to'liq o'tkazish ayniqsa muhimdir.

Surunkali *pielonefrit* belgilari

Kasallikning klinik manzarasi kasallikning bosqichiga va bemorning individual xususiyatlariga qarab har xil bo'ladi.

Qo'zish bosqichida yallig'lanish jarayoni faollashganda quyidagilar kuzatiladi:
• subfebril yoki febril harorat (37,5-38,5°C), ba'zan qaltirash bilan;
• bel sohasidagi simillovchi og'riq, ko'pincha bir tomonlama, urib ko'rilganda kuchayadi (musbat Pasternatskiy simptomi);
• dizurik hodisalar - tez-tez qichishish, siydik ajralishida rez, nikturiya;
• intoksikatsion sindrom - holsizlik, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, ishtaha pasayishi;
• siydikdagi o'zgarishlar - loyqalanish, yoqimsiz hid, ba'zan ko'rinadigan gematuriya.

Kasallikning latent xilida remissiya davrida surunkali piyelonefrit simptomlari bilinmaydi. Quyidagilar mavjud:
• bel sohasida vaqti-vaqti bilan bezovtalik, ayniqsa jismoniy zo'riqishdan yoki sovqotishdan keyin;
• surunkali charchoq sindromi - ish qobiliyatining pasayishi, zaiflik, asabiylashish;
• ertalab yuz va oyoq-qo'llarning biroz pastozligi.

Tahlillarda subklinik o'zgarishlar ham mavjud, masalan, o'rtacha leykotsituriya, bakteriuriya, mikroproteinuriya.

Muhim: 15-20% bemorlarda kasallik belgilarsiz kechadi, boshqa sabab bilan tekshirilganda tasodifan aniqlanadi. Homiladorlar, qariyalar va qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda asoratlar xavfi ancha yuqori bo'lsa, ayniqsa ehtiyot bo'lish kerak.

Diagnostikasi

Kasallikni aniqlash uchun quyidagi laboratoriya tekshiruvlaridan foydalaniladi:

- umumiy siydik tahlili (leykotsitlar darajasi, bakteriuriya);
- Nechiporenko/Zimnitskiy sinovi;
- qonni biokimyoviy tekshirish (kreatinin, mochevinaga).

Tashxisni aniqlashtirish maqsadida mutaxassislar instrumental usullarni ham qo'llaydilar. Ularga buyraklarning ultratovush tekshiruvi kiradi, bu o'lchamlarning kattalashishi, juft organ tuzilishining bir xil emasligi, ekskretor urografiya, kasallikning murakkab shakllarida KT/MRTni aniqlash imkonini beradi.

Surunkali piyelonefritni davolash

Terapevtik chora-tadbirlar majmuasi bir nechta yo'nalishlarni o'z ichiga oladi. Ulardan biri dori-darmon bilan tuzatish bo'lib, u quyidagilarni qo'llashni nazarda tutadi:

- 10-14 kunlik antibiotiklar (birinchi tanlov preparatlari - ftorxinolonlar (levofloksatsin), 3-avlod sefalosporinlari (sefiksim), himoyalangan penitsillinlar (amoksiklav);
- retsidivlarning oldini olish uchun uroseptiklar (nitrofurantoin, fosfomitsin trometamol);
- og'riq sindromida spazmolitiklar (drotaverin);
- fitopreparatlar (kuniga 3 mahal 2 drajedan uzoq muddatli kurs bilan);
- tez-tez xuruj qilganda immunokorrektorlar (polioksidoniya, likopid).

Tibbiy ta'sirning qo'shimcha usullari quyidagi ro'yxatda keltirilgan.

1. Fizioterapiya:
   - bel sohasiga SMT;
   - antibiotiklar bilan elektroforez;
   - issiqlik muolajalari (parafinli applikatsiyalar).
2. Balneodavolash:

o kuchsiz minerallashgan suvlarni qabul qilish (Yessentuki No20);

o vannalar (xlorid-natriyli, radonli).

3. Diyetoterapiya:

o Pevzner bo'yicha 7-stol;

o tuzni kuniga 3-5 g gacha cheklash;

o ichimlik rejimi (suv iste'moli 1,5-2 l/sutka).

Terapiya samaradorligining ikkita mezoni mavjud: siydik tahlillarining me'yorlashishi va 6 oy davomida zo'rayishlarning yo'qligi.

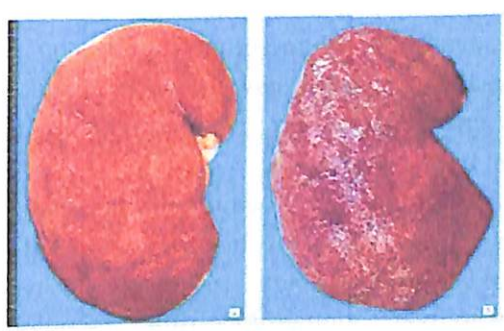
Surunkali piyelonefritda profilaktika va tavsiyalar

Kasallikning zo'rayish chastotasini kamaytirishga va buyrak funksiyasini saqlab qolishga yordam beradigan samarali chora-tadbirlarni ko'rib chiqamiz.

Gigiyena va sog'lom turmush tarziga oid qoidalar quyidagilarni nazarda tutadi:

- jinsiy a'zolarni har kuni yuvish;
- paxtadan tikilgan ichki kiyim kiyish, tor kiyimlardan voz kechish;
- bel sohasi sovuq qotishining oldini olish;
- o'rtacha jismoniy faollik (yurish, suzish).

4.2. SURUNKALI GLOMERULONEFRIT



4.2.1-rasm

Surunkali glomerulonefrit kasallikning autoimmun shakli bo'lib, buyraklarni zararlaydi va buyrak koptokchalarining asta-sekin nekroziga olib keladi. Bu jarayon buyrak to'qimasining chandiqlanishi va zichlashishi bilan kichadi(4.2.1-rasm). O'lgan koptokchalar biriktiruvchi to'qima bilan almashinadi. Buyraklar uzoq vaqt davomida o'z faoliyatini saqlab qolishiga qaramay, kasallik to'xtovsiz rivojlanib boradi va natijada buyrak yetishmovchiligiga olib kelishi muqarrar. Ko'rib chiqilayotgan kasallik uchun asosiy xavf guruhi 40 yoshgacha bo'lgan erkaklardir. O'tkir glomerulonefritning asorati sifatida surunkali shakli 15% hollarda uchraydi. Kasallikni erta bosqichlarda aniqlash ancha qiyin, chunki u uzoq vaqt deyarli simptomsiz kechadi. Glomerulonefritning kechish davomiyligi 15-yildan ortiq bo'lib, bu davrda qo'zish va remissiya davrlari siklik almashinib turadi. Sikldan qat'iy nazar, siydik tahlilida doimo o'ziga xos og'ishlar bo'ladi.

Simptomlariga qarab surunkali glomerulonefritning quyidagi shakllari tafovut qilinadi: latent (yoki siydik), gematurik, gipertonik, nefrotik, shuningdek kombinativ shakli.

Surunkali glomerulonefritda jismoniy zo'riqish, sovuq qotish, namgarchilikka yo'l qo'ymaslik, maxsus parhezga rioya qilish kerak.

Surunkali glomerulonefrit tasnifi

Eng keng tarqalgan tasnifga ko'ra, surunkali glomerulonefritning surunkali buyrak yetishmovchiligining paydo bo'lish tezligi bo'yicha bir nechta turlarini ajratish qabul qilingan:

1. Latent turi: glomerulonefritning eng keng tarqalgan shakli bo'lib, kasallikning uzoq davom etishi, siydik tarkibining o'zgarishi (o'rtacha eritrotsituriya va proteinuriya) va qon bosimining biroz ko'tarilishi bilan tavsiflanadi;

2. Nefrotik turi: 30% bemorlarda uchraydi. Kasallikning kechishi yoki o'rtacha zo'rayib boruvchi (mezangioproliferativ yoki membranoz turi), yoki nisbatan tez zo'rayib boruvchi (fibroplastik va mezangiokapillyar glomerulonefritlar, shuningdek fokal-segmentar glomeruloskleroz);

3. Gipertonik turi: ko'p jihatdan latent shakliga o'xshaydi - u ham yaqqol namoyon bo'lgan belgilarga ega emas va bemorga alohida

noqulaylik tug'dirmasdan yetarlicha uzoq davom etishi mumkin. 20% bemorlarda uchraydi. Kasallikning bu turi buyrak yetishmovchiligi bilan bir qatorda yurak yetishmovchiligini keltirib chiqaradi;

4. Aralash tip: nefrotik va gipertonik tiplarning qo'shilishidan iborat. 10% bemorlarda uchraydi;

5. Gematurik turi: gematomaning davriy xurujlari bilan qonli siydik ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Morfologik belgilariga ko'ra surunkali glomerulonefrit quyidagicha tasniflanadi:

1. Mezangial glomerulonefrit: koptokcha kapillyarlari endoteliysi ostida va mezangiyda immun komplekslar to'planib qolishi bilan ta'riflanadi.

2. Membranoz glomerulonefrit: kapillyarlar devorining diffuziyalanishiga - ularning qalinlashishiga olib keladi;

3. Lipoid nefroz: buyrak koptokchalari kapillyarlarining butun uzunligi bo'ylab podotsitlar o'simtalarining qo'shilib ketishidir;

4. Fibroplastik (sklerozlanuvchi) glomerulonefrit: qolgan barcha morfologik turlarning konglomerati bo'lib, buyrak koptokchalarining sklerotik simptomlari bilan to'ldiriladi.

Surunkali glomerulonefrit sabablari

O'tkir shaklining oqibati sifatida surunkali glomerulonefrit har doim ham darhol namoyon bo'lmaydi. Kasallik yetarlicha uzoq vaqt latent holatda bo'lishi va deyarli simptomsiz kechishi mumkin. Biroq, glomerulonefritning birlamchi-surunkali xili ham borki, bu kasallik bemor o'tkir formasini boshidan kechirmasdan turib boshlanadi. Glomerulonefritning surunkali shaklga o'tish sabablari hali to'liq o'rganilmagan. Aksariyat hollarda, ushbu autoimmun kasallikning kelib chiqishini qo'zg'atuvchi omillar sifatida parazitar, virusli, bakterial yuqumli kasalliklar bo'ladi, ular orasida streptokokkning nefritogen shtammlarini, shuningdek, tonzillit, gaymorit, faringit va boshqalar kabi ba'zi surunkali infeksiyalarni ajratib ko'rsatish kerak.

Bundan tashqari, buyrak koptokchalari autoimmun zararlanishining sabablari giperimmun reaksiyalarga irsiy moyillik va tug'ma buyrak displaziyasi, shuningdek, atrof-muhitning zararli ta'siri

(sovuq qotish, namlik, katta jismoniy zo'riqish), dorilar (ular orasida penitsillin, D-penitsillamin va oltin preparatlari), vaksinalarga allergik reaksiyalar, alkogol va boshqa kimyoviy moddalar bilan zaharlanish bo'lishi mumkin. Har xil xavfli o'smalar ham buyrakning glomerulonefrit bilan zararlanishiga olib kelishi mumkin. Organizmning immun reaksiyalariga hech qanday aloqasi bo'lmagan, ko'rib chiqilayotgan kasallikning surunkali shaklining rivojlanishiga turtki beradigan sabablarga giperfiltratsiya, proteinuriya natijasida buyrak kanalchalari va interstitsial to'qimalarning shikastlanishi, qonda lipoproteinlar tarkibining ko'payishi, shuningdek, glomerulyar va arterial gipertenziya kiradi.

Biriktiruvchi to'qimalar diffuziyasi va tizimli vaskulitlarni keltirib chiqaradigan kasalliklar ham glomerulonefritning surunkali shaklini keltirib chiqarishi mumkin. Bunday kasalliklarga quyidagilar kiradi: tizimli sklerodermiya, revmatoid artrit, Gudpascher sindromi, tugunchali periarteriit, gemorragik vaskulit, SKV va boshqalar.

Surunkali glomerulonefrit yo'ldosh kasallik sifatida sistema qizil yugirigi, gemorragik kapillyarotoksikoz, revmatizm, septik endokarditda uchrashi mumkin.

Surunkali glomerulonefrit belgilari

Surunkali glomerulonefritda u yoki bu simptomlarning ustunligi mazkur kasallikning turiga bog'liq.Kasallik kechishining latent shaklida siydik tarkibining o'zgarishi, o'rtacha eritrotsituriya va proteinuriya, ba'zi hollarda qon bosimining biroz ko'tarilishi kabi kam ifodalangan belgilar mavjud.

Nefrotik sindrom shishlar, disproteinemiya va proteinuriyaning oshishi bilan tavsiflanadi. Ko'pincha nafas qisishi, ishtahaning pasayishi, bosh og'rig'i, bel og'rig'i, holsizlik, yuzning shishinqirashi, turli dispeptik buzilishlar kuzatiladi. Shishlar odatda yuz va to'piq ostida paydo bo'ladi. Ba'zan assit, gidroperikard, gidrotoraks paydo bo'ladi. Surunkali kasallikning davriyligi tufayli vaqt o'tishi bilan shishlar goh kamayadi, goh ko'payadi.

Glomerulonefritning gipertonik shakli siydik tarkibi biroz o'zgarganda gipertoniya ko'rinishida namoyon bo'ladi. Vaqt o'tishi

bilan alomat tobora kuchayib bormoqda. Qon bosimining sakrashi kuchayib, yurak kasalliklariga olib keladi.

Aralash shaklning belgilari ham gipertoniya, ham shishdir. Kasallikning kechishi bu holda ancha og'ir.

Gematuriya sindromi siydikda qon miqdorining ko'payishiga olib keladi (gematuriya 50-100 mln.) boshqa hech qanday belgilar bo'lmaganda.

Surunkali glomerulonefritning har qanday xili pirovard natijada buyrak yetishmovchiligiga sabab bo'lib, uremiya boshlanishiga olib keladi.

Surunkali glomerulonefrit diagnostikasi

Tashqi ko'rik va kasallik tarixini o'rganish bilan birlamchi anamnez yig'ilgandan so'ng, siydik, qon tahlili, buyrak biopsiyasi, ultratovush tekshiruvi va boshqa diagnostika muolajalari talab qilinishi mumkin bo'lgan qiyosiy tashxis o'tkaziladi. Surunkali glomerulonefritni qiyosiy tashxislashning murakkabligi shundaki, bu kasallikning namoyon bo'lish shakllari juda xilma-xil va boshqa buyrak kasalliklariga juda o'xshash bo'lishi mumkin. Glomerulonefritning gipertenziv va yashirin shakli piyelonefrit bilan bir xil belgilarga ega. Agar anamnezda o'tkazilgan o'tkir glomerulonefritga ishora bo'lsa, bu piyelonefritni istisno qiladi. Infeksiyaning siydik yo'llariga ta'siri siydikda bakteriyalar, Shterngeymer-Malbin hujayralari va leykotsitlarning ko'payishiga olib keladi; shuningdek, erta anemiya, yuqori tana harorati, shish va leykotsitozlarning yo'qligi bilan kech gipertenziya. Biroq, bu glomerulonefritning birlamchi-surunkali xili bo'lsa, radionuklid renografiya qilib ko'rish zarur. U urologik tekshiruv bilan birgalikda glomerulonefritda deyarli uchramaydigan buyrak shikastlanishining assimetriyasini aniqlashga imkon beradi. Xuddi shunday, bosqichma-bosqich, boshqa variantlarni istisno qilgan holda, kasallikning aniq tashxisi va turi aniqlanadi.

Surunkali glomerulonefritni davolash

Surunkali glomerulonefrit autoimmun kasallik bo'lganligi sababli, to'liq davolanish juda kam uchraydi. Shuning uchun terapiyaning asosiy turlari kasallikning qo'zish davrida simptomlarni yumshatish va

tormozlashga, shuningdek, ushbu kasallik bilan og'rigan bemorlarning umumiy mehnat qobiliyatini oshirish va umr ko'rish davomiyligini uzaytirishga qaratilgan. Chunonchi, latent formasi qo'zib qolganida antibiotiklar (delagil, xingamin va boshqalar) 250 mg dan kuniga bir mahal ovqatdan keyin 8 oy davomida ishlatiladi. Bundan tashqari, indol sirka kislotasining hosilalari yarim yil davomida kuniga taxminan 140 mg dan qo'llaniladi.

Nefrotik shakli bilan og'rigan bemorlar tuz iste'molini cheklashlari, shuningdek, kerakli miqdorda suv iste'mol qilishlari kerak. Ushbu sindromda davolash sifatida kortikosteroidlar buyuriladi, ular kasallikning yengilroq shakliga o'tishga imkon beradi va kamdan-kam hollarda hatto remissiyaga olib keladi.

Bundan tashqari, maxsus gormonoterapiya qo'llanilishi mumkin. Ulardan eng mashhuri Lange sxemasi bo'yicha amalga oshiriladi, uning mohiyati prednizolon dozasini asta-sekin oshirish va keyinchalik butun kurs davomida uni asta-sekin kamaytirishdan iborat. Agar muolaja samarali bo'lsa, bemor 1-yillik siklik terapiyaga o'tkaziladi va preparat dozasi asta-sekin kamaytiriladi.

Steroid terapiya natriy xlorid va antibiotiklar bilan birga qo'llaniladi. Glomerulonefritning steroidga bog'liq shakllarida ushbu usul juda samarali hisoblanadi, ammo terapiyani to'xtatish yana bemorning ahvolining yomonlashishiga olib keladi. Bundan tashqari, steroid terapiya oshqozon yarasini keltirib chiqarishi mumkin. Bunday hollarda sitostatik preparatlar - immunodepressantlar bilan davolash buyurilishi mumkin. Bunday davolash usuli steroid terapiyaga qaraganda kamroq samara beradi, garchi asoratlar kamroq uchrasa-da, ular og'irroq shaklga ega bo'lishga moyil. Shuning uchun ko'pincha kombinatsiyalangan usuldan foydalaniladi.

Surunkali glomerulonefrit prognozi va profilaktikasi

Surunkali glomerulonefritning oldini olishning asosiy choralari infeksion kasalliklar bilan zararlanish ehtimolining oldini olishga qaratilgan bo'lishi kerak, chunki ular kasallikning zo'rayishiga sabab bo'lishi mumkin. Shuningdek, profilaktika choralari sifatida sovuq qotish, namlik va og'ir jismoniy zo'riqishlardan saqlanish kerak.

Parhezga rioya qilish, tuz iste'molini kamaytirish ham bemorning ahvoliga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Ushbu kasallikning to'liq remissiyasi juda kam uchrashiga qaramay, surunkali glomerulonefritni to'g'ri va o'z vaqtida davolash bilan (ayniqsa erta bosqichlarda) bemor uchun prognoz ijobiy: shu yo'l bilan kasallikning ko'plab salbiy omillarini istisno qilish va bemorning nisbatan uzoq, to'liq hayotini ta'minlash mumkin.

V BOB. TAYANCH HARAKAT TIZIMI SEMIOTIKASI

5.1. BO‘G‘IM KASALLIKLARI: REVMATOID ARTRIT

5.1.1-rasm

Revmatoid artrit (RA) autoimmun kasallik bo‘lib, bo‘g‘imlarning surunkali yallig‘lanishi bilan tavsiflanadi, bu ularning asta-sekin deformatsiyasi va parchalanishiga olib keladi(5.1.1-rasm). Autoimmun patologiya nafaqat bo‘g‘imlarga, balki ichki organlarga ham ta’sir qilishi mumkin, bu esa keng ko‘lamli tizimli ko‘rinishlarni keltirib chiqaradi.

Ayollarda revmatoid artrit belgilari erkaklarga qaraganda uch baravar ko‘proq uchraydi, bu gormonal va genetik omillar bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Kasallikning boshlanishi o‘rtacha 40-60 yoshga to‘g‘ri keladi, ammo revmatoid artrit har qanday yoshda rivojlanishi mumkin.

Revmatoid artrit nafaqat dori-darmonlarni qabul qilishni, balki oqilona ovqatlanishni va bemorning ruhiy holatini qo‘llab-quvvatlashni o‘z ichiga olgan kompleks individual davolash yondashuvini talab qiladi. Muhim jihat kasallikni erta tashxislash bo‘lib, bu kasallikni o‘z vaqtida davolashni boshlash, bo‘g‘imlar yemirilishining oldini olish yoki sekinlashtirish va kasallikning umumiy natijasini yaxshilash imkonini beradi.

Sabablari

Patologiyaning rivojlanish mexanizmlari to‘liq o‘rganilmagan, ammo uning paydo bo‘lishida turli omillar rol o‘ynashi ma’lum. Ularni yaxshiroq tushunish uchun bir nechta asosiy guruhlarga bo‘lish mumkin: genetik, gormonal, metabolik kasalliklar, shuningdek, turmush tarzi va atrof-muhit omillari bilan bog‘liq.

1. Genetik moyillik:

• HLA-DRB1 kabi ma'lum genlarning mavjudligi RA rivojlanish xavfini oshiradi. Bu genlar immunitet reaksiyasida ishtirok etadi va yallig'lanish jarayonining boshlanishiga yordam berishi mumkin.

• Oilaviy anamnezda RA: ota-onalardagi revmatoid artrit bolalarda kasallik rivojlanish xavfini oshiradi

2. Turmush tarzi omillari:

• ovqatlanish odatlari: ba'zi tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, qizil go'shtni ko'p iste'mol qilish va ratsionda yangi meva va sabzavotlarning kam miqdorda bo'lishi RA rivojlanish xavfini oshirishi mumkin.

• gipodinamiya: muntazam jismoniy faollikning yetishmasligi kasallik xavfini oshirishi mumkin, o'rtacha mashqlar esa alomatlarning oldini olish va boshqarishda yordam beradi.

3. Atrof-muhit omillari:

• infeksiyalar: ba'zi virusli va bakterial infeksiyalar RA boshlanishidan oldin paydo bo'lishi mumkin, bu esa organizmning immun reaktivligini o'zgarishiga olib keladi.

• chekish: uzoq muddatli sigaret chekish, ayniqsa ma'lum genetik xususiyatlarga ega bo'lgan odamlarda RA rivojlanish xavfining oshishi bilan bog'liq.

• havo ifloslanishi va asbest ta'siri, ehtimol, tizimli yallig'lanish va oksidlovchi stress orqali RA rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Bu omillar birgalikda yoki alohida revmatoid artrit rivojlanishiga olib kelishi mumkin, ammo bu omillardan biri yoki bir nechtasi bo'lgan har bir odamda RA rivojlanishi shart emas. Bu ushbu kasallikning murakkabligi va ko'p omilli xususiyatini ta'kidlaydi.

Revmatoid artrit bir qator alomatlar bilan namoyon bo'ladi, ular sezilarli darajada farq qilishi va inson salomatligining turli jihatlariga ta'sir qilishi mumkin:

1. Bo'g'imlardagi og'riq:

• muammolar odatda qo'l va oyoq barmoqlarining mayda bo'g'imlarining simmetrik shikastlanishidan boshlanadi, keyin esa kattaroq, jumladan tizza, tirsak, yelka va tos-son bo'g'imlariga tarqalishi mumkin.

• og'riq odatda uzoq vaqt tinch holatda bo'lgandan so'ng paydo bo'ladi va jismoniy faollik tiklanishi bilan kamayadi. Kasallik zo'rayib borishi bilan og'riq doimiy bo'lishi mumkin.

• og'riq, odatda, simillovchi, to'mtoq, o'rtacha intensivlikda.

2. Bo'g'imlarda ertalabki karaxtlik - RA ga xos belgi. Simptom uyg'ongandan keyin 30 daqiqa yoki hatto bir necha soatdan ko'proq davom etishi mumkin. Kun davomida jismoniy faollik fonida odatda ahvol yaxshilanadi.

3. Tizimli ko'rinishlar: tez charchash, ishtahaning yo'qolishi, vaqti-vaqti bilan tana haroratining ko'tarilishi RA bilan birga keladi, bu yallig'lanishning tizimli xususiyatini ko'rsatadi.

4. Revmatoid tugunchalar: ba'zi bemorlarda teri ostida, ayniqsa qo'l barmoqlari, tirsak bo'g'imlaridagi mushak paylari sohasida qattiq tugunchalar paydo bo'lishi mumkin.

5. Bo'g'imlar deformatsiyasi: kasallik rivojlanib borishi bilan bo'g'imlar yemiriladi va deformatsiyalanadi.

6. Ichki a'zolarning zararlanishi: autoimmun yallig'lanish nafaqat bo'g'imlarga, balki a'zolarga, jumladan ko'z, o'pka, buyrak va yurakka ham ta'sir qilishi mumkin. Shu munosabat bilan bemorlar ko'zlarining qurishi, to'sh orqasida og'riq, nafas qisishi, qon bosimining ko'tarilishi, siydik chiqarishning buzilishi kabi shikoyatlarni qayd etishlari mumkin.

RA diagnostikasi ko'p bosqichli jarayon bo'lib, so'rov, bemorni tekshirish, laboratoriya tekshiruvlari va instrumental tekshiruv usullarini o'z ichiga oladi. Diagnostikaning maqsadi nafaqat RA ni tasdiqlash, balki kasallikning faollik darajasini baholash, shuningdek, alomatlarning boshqa mumkin bo'lgan sabablarini istisno qilishdir. Revmatoid artritni tashxislashning asosiy usullari:

1. Shifokor maslahati. Shifokor batafsil anamnez yig'adi, bemorning qarindoshlari qanday kasalliklar bilan og'riganligini, alomatlarning boshlanishi va tabiatini, shuningdek, ularning kundalik hayotga ta'sirini aniqlaydi.

2. Fizikal ko'rik. Keyin shifokor bo'g'imlarni qizarish, shish, deformatsiya bor-yo'qligini tekshiradi. Bo'g'imlarni paypaslash og'riqni aniqlash, harakatlar hajmini baholashga qaratilgan.

3. C-reaktiv oqsil va eritrotsitlarning cho‘kish tezligi kabi yallig‘lanish belgilarining yuqori darajasini aniqlash uchun umumiy va biokimyoviy qon tahlili

4. Autoimmun yallig‘lanish markerlari. Revmatoid omil va siklik sitrullinlangan peptidga antitanalar darajasining oshishi tashxisni tasdiqlashga yordam beradi, garchi ular faqat RA uchun xos bo‘lmasa ham.

5. Bo‘g‘imlar rentgenografiyasi. Bo‘g‘im yorig‘ining o‘lchamini aniqlash, suyaklardagi eroziyalarni aniqlash uchun ishlatiladi.

6. Bo‘g‘imlarni ultratovush bilan tekshirish. Sinovial suyuqlik miqdorining ko‘payishi yoki sinovial membrananing qalinlashishi kabi yallig‘lanishning dastlabki belgilarini aniqlashga yordam beradi

7. Magnit-rezonans tomografiya. Ushbu kasallikni erta tashxislash uchun eng maqbul usul hisoblanadi: tog‘ayning yupqalashishi, suyak iligi shishi (eroziyalarning o‘tmishdoshi), qo‘shni bo‘g‘im yuzalaridagi chekka nuqsonlar, shuningdek, yumshoq to‘qimalardagi o‘zgarishlarni samarali vizualizatsiya qiladi.

8. Bo‘g‘im suyuqligi tahlili. Yuqumli artrit yoki boshqa patologiyani istisno qilish uchun bajarilishi mumkin

9. Bo‘g‘imdan tashqari belgilar mavjud bo‘lganda ichki a’zolarni tekshirish: Exo-KG, buyraklar, qorin bo‘shlig‘i a’zolarining ultratovush tekshiruvi, ko‘krak qafasi a’zolarining KT tekshiruvi

Davolash usullari

RAni davolash kompleks yondashuvni, shu jumladan dori-darmon terapiyasi, massaj, DJT, turmush tarzini o‘zgartirish va qo‘pol deformatsiyalarda jarrohlik aralashuvini talab qiladi. Revmatoid artritni davolashda revmatolog mutaxassis ixtisoslashgan.

RAni dori-darmonlar bilan davolash yallig‘lanishni kamaytirish, alomatlarni yengillashtirish va kasallikning rivojlanishini sekinlashtirish yoki to‘xtatishga qaratilgan. Terapiyada qo‘llaniladigan dorilarning asosiy guruhlari quyidagilar:

1. Nosteroid yallig‘lanishga qarshi dorilar (NYAQD): og‘riqni yengillashtiradi va yallig‘lanishni kamaytiradi

2. Kortikosteroidlar: yallig'lanishni kamaytiradi va RAning yaqqol zo'rayishida qo'llaniladi, chunki preparatlar sezilarli nojo'ya ta'sirlarga ega.

3. Revmatizmga qarshi asosiy preparatlar: RA rivojlanishini sekinlashtiradi va bo'g'imlarni destruktiv jarayonlardan himoya qiladi

4. Gen-muhandislik biologik preparatlari: yallig'lanishda ishtirok etadigan immunitet tizimining ma'lum tarkibiy qismlariga qaratilgan dori vositalarining eng yangi avlodi

Dori-darmonsiz terapiya

Davolash jismoniy tarbiyasi (DJT) revmatoid artritni davolashda kompleks yondashuvning ajralmas qismidir. Maxsus tanlangan mashqlar bo'g'imlardagi harakatlar doirasini oshirishga, mushaklarni mustahkamlashga va umumiy jismoniy faollikni qo'llab-quvvatlashga yordam beradi. Mashqlar dasturi odatda bemorning hozirgi holati va ehtiyojlarini hisobga olgan holda individual tarzda tuziladi. Quyida RA bilan kasallangan odamlar uchun DJTning asosiy jihatlari keltirilgan:

1. Bo'g'imlar va mushaklarni mashqlarga tayyorlash uchun chigalyozdi mashqlari, shuningdek, egiluvchanlikni yaxshilash va qattiqlikni kamaytirish uchun cho'zilish mashqlari

2. Mushaklarni mustahkamlashga qaratilgan, bo'g'imlarni barqarorlashtirish va himoya qilishga yordam beradigan yengil vaznli yoki vaznsiz mashqlar

3. Aerobik mashqlar, masalan, yurish, suzish yoki velosiped haydash. Aerobik mashqlar yurak-qon tomir kasalliklarining oldini olish va tana vaznini nazorat qilishga ham yordam beradi.

4. Yiqilish va jarohatlarning oldini olish uchun muvofiqlashtirish va muvozanat mashqlari muhim ahamiyatga ega.

Revmatoid artrit bilan og'rigan bemorlarga fizioterapevtik muolajalar o'tkir og'riq sindromi bartaraf etilgandan keyingina bo'g'imlar harakatini yaxshilash uchun buyuriladi. Tkachev klinikasida tayanch-harakat tizimi kasalliklarida yallig'lanishni bartaraf etish va to'qimalarda mikrotsirkulyatsiyani yaxshilash uchun lazer terapiyasi va metabolizmni yaxshilash va tiklanish jarayonini tezlashtirish uchun magnitoterapiya qo'llaniladi.

Konservativ davolash usullari yengillik bermagan yoki kasallikning rivojlanishini nazorat qilishga yordam bermagan hollarda, jarrohlik aralashuvi talab qilinishi mumkin. Jarrohlik davolash bo'g'imlar funksiyasini tiklash, og'riqni kamaytirish va uzoq davom etgan yallig'lanish jarayoni tufayli yuzaga kelgan deformatsiyalarni tuzatish uchun ko'rib chiqiladi.

Profilaktika

Revmatoid artritni yetarli darajada davolamaslik hayot sifatining sezilarli darajada pasayishiga va bir qator asoratlarga olib kelishi mumkin, shuning uchun kasallikning oldini olish muhimdir.

Revmatoid artritning oldini olish xavf omillarining ta'sirini kamaytirish va umumiy salomatlikni mustahkamlashga qaratilgan. Chekishni tashlash RA rivojlanish ehtimolini sezilarli darajada kamaytirishi mumkin. Optimal tana vaznini saqlab turish ham muhim, chunki ortiqcha vazn bo'g'imlarga yuklamani oshiradi va kasallikning rivojlanishi va rivojlanishiga yordam beradi. Omega-3 yog' kislotalari, antioksidantlar va vitaminlar bilan boyitilgan sog'lom ovqatlanish tanadagi yallig'lanish darajasini pasaytirishga yordam beradi.

Jismoniy mashqlar bilan muntazam shug'ullanish umumiy salomatlikni yaxshilaydi, bo'g'imlar harakatchanligini saqlaydi va mushaklarni mustahkamlaydi. Shuningdek, tegishli shaxsiy himoya vositalaridan foydalangan holda va xavfsizlik texnikasiga rioya qilgan holda jarohat olish ehtimoli yuqori yoki doimiy tebranish bilan bog'liq kasbiy xavflardan qochish muhimdir. Muntazam tibbiy ko'riklar RAni erta tashxislash uchun muhimdir, bu esa kasallikni o'z vaqtida davolashni boshlash va uning rivojlanishini sekinlashtirishga yordam beradi.

5.2 BO'G'IM KASALLIKLARI DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASI

Bo'g'im sindromi turli etiologiyali bo'g'im patologiyalari va kasalliklari bilan bog'liq bo'lgan butun bir simptomlar kompleksini o'z ichiga oladi. Bo'g'imlardagi og'riqlar shifokorlarga murojaat qilishning eng ko'p uchraydigan sabablaridan biridir. Bundan tashqari, bo'g'im

sindromi bilan og'rigan bemorlar bo'g'im funksiyalarining buzilishi, ularning deformatsiyasi, yallig'lanish jarayonlarining tashqi belgilari (teri haroratining mahalliy ko'tarilishi yoki pasayishi, shish) dan shikoyat qiladilar. Bo'g'im sindromi turli xil kasalliklarning oqibati bo'lishi mumkin. Bular osteoartroz, revmatoid, reaktiv va psoriatik artrit, podagra va boshqa kasalliklardir.

BO'G'IM SINDROMI DIAGNOSTIKASI

Laboratoriya tekshiruvlari majmuasiga bo'g'im kasalliklarini kelib chiqishiga ko'ra farqlash imkonini beruvchi tahlillar kiradi. Tahlil natijalari shifokorga aniq tashxis qo'yish imkonini beradi.Revmatoid omil. Tahlil bir qator bo'g'im kasalliklarini, shu jumladan revmatoid artritni aniqlashga imkon beradi.

Siydik kislotasi. Tadqiqot podagrani tashxislash, shuningdek, uni davolash jarayonini nazorat qilish uchun zarur.

Xlamidiya, IgG sinfiga mansub antitanalar. Bu xlamidiya infeksiyasi bilan aloqa qilish belgisi. Kasallik sezilarli alomatlarsiz kechishi mumkin va asoratlar paydo bo'lish bosqichidayoq aniqlanadi.

Xlamidiya, IgA sinfiga mansub antitanalar. Tahlil o'tkir infeksiya borligini va surunkali kasallik zo'rayganini ko'rsatadi.

Iersinioz va psevdotuberkulyoz qo'zg'atuvchilari.

Ushbu kompleks tekshiruv bemor qonida psevdotuberkulyoz va iyersinioz qo'zg'atuvchilari borligini aniqlash imkonini beradi.

Antistreptolizin-0. Ushbu tahlil o'tkazilgan streptokokk infeksiyasining markeri hisoblanadi.S-reaktiv oqsil. Me'yordan oshganda shifokor tomir devorlarida yallig'lanish jarayonlarini aniqlaydi.

Differensial diagnostikada muhim mo'ljallar

- **Og'riq xarakteri**

o Yallig'lanishli - tinch holatda, tunda kuchayadi, ertalabki karaxtlik bilan kechadi (>30 daqiqa).

o Mexanik - yuklama paytida yuzaga keladi, tinch holatda kamayadi, qattiqlik <30 daqiqa.

- **Kasallikning boshlanishi**

o O'tkir (soat-kun): podagra, yuqumli artrit, reaktiv artrit.

o Asta-sekin (hafta-oylar): revmatoid artrit, osteoartroz, ankilozlovchi spondiloartrit.

• **Bo‘g‘imlar shikastlanishining xususiyati**

o Simmetrik: revmatoid artrit.

o Asimmetrik: podagra, reaktiv artrit.

o Asosan o‘q skeletining shikastlanishi bilan: ankilozlovchi spondiloartrit.

• **Bo‘g‘imdan tashqari tuzilmalarning ishtiroki**

o Teri (psoriaz), ko‘zlar (uveit), buyraklar (TQBda nefrit, podagra).

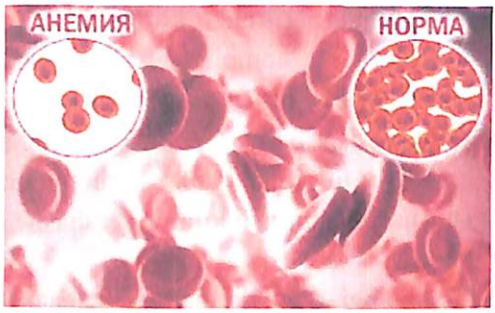
2. ASOSIY KASALLIKLARNING FARQLOVCHI BELGILARINI SOLISHTIRISH

Kasallik	Bo‘g‘imlardagi zararlanish xususiyatlari	Qo‘shimcha belgilar	Laborator ko‘rsatkichlar
Revmatik artrit (RA)	Qo‘l va oyoq panjasining mayda bo‘g‘imlarida simmetrik poliartrit, ertalabki qotib qolish >1 soat	Terida revmatik tugunchalar, bo‘g‘imlarda deformatsiya (“qush bo‘yni”, “tugma ilmoq” ko‘rinishi)	↑SRB, ↑SOE, RF+, ATsTsP+
Osteoartroz (OA)	Asosan katta bo‘g‘imlarda (tizza, son) asimmetrik zararlanish, Geberden va Bushar tugunlari	Bo‘g‘imda g‘ijimlash, harakat chegaralanishi, deformatsiya, lekin yallig‘lanish belgisi kuchli emas	Odatda normal (SOE, SRB), rentgenda — osteofitlar, bo‘g‘im oralig‘ining torayishi
Podagra	To‘satdan paydo bo‘ladigan monoartrit (ko‘pincha oyoq bosh barmog‘i falangasi)	To‘fuslar, tez-tez qaytalash	Giperurikemiya, bo‘g‘im suyuqligida urat kristallari
Psoriazik artrit	Asimmetrik	Teri va tirnoqlarda	RF-, ATsTsP-

Kasallik	Bo‘g‘imlardagi zararlanish xususiyatlari	Qo‘shimcha belgilar	Laborator ko‘rsatkichlar
	zararlanish, “sosisga o‘xshash” barmoqlar, daktilit	psoriaz belgilari	
Reaktiv artrit	Pastki oyoq bo‘g‘imlarida asimmetrik oligoartrit	Entezitlar, ko‘z kon’yunktiviti, uretrit (Reyter triadasi)	RF-, ATsTsP-, HLA-B27+
Ankilozlovchi spondiloartrit (Bekterev kasalligi)	Dastlab sakroileit, keyin umurtqa pog‘onasida zararlanish (“bambuk umurtqa”)	Umurtqa harakati chegaralanishi, uveit	HLA-B27+, ↑SRB
Sistemali qizil volchanka (SQV)	Kichik bo‘g‘imlarda o‘zgaruvchan artrit, lekin destruksiya yo‘q	“Kepak qanoti” shaklidagi toshma, nefrit, serozitlar	ANF+, anti-dsDNA+, leykopeniya, trombotsitopeniya
Infeksion (septik) artrit	Keskin boshlangan monoartrit (ko‘proq tizza yoki son bo‘g‘imi)	Isitma, kuchli og‘riq sindromi	Leykotsitoz, ↑SRB, bo‘g‘im suyuqligida bakteriyalar

ANEMIYALAR.

Anemiyalar (Kamqonlik) - to‘qimalarning kislorod bilan ta’minlanishining pasayishiga olib keladigan qon hajmi birligida gemoglobin miqdorining va/yoki eritrotsitlar sonining kamayishi(5.2.2-rasm).



5.2.2-rasm

Erkaklarda gemoglobin 130 g/l dan, ayollarda 115 g/l dan pasayganda "anemiya" tashxisi qo'yiladi. Bolalarda "anemiya" tashxisini qo'yish uchun bolaning yoshi hisobga olinadi. Anemiya bir qancha kasalliklarda (me'da-ichak yo'lining yara va poliplarida, surunkali buyrak kasalligida, onkologik, infeksion kasalliklarda, gijja invaziyalarida va boshqalarda) uchraydi. Gemoglobin miqdori qancha kam bo'lsa, anemiya shuncha og'ir kechadi.

Kamqonlikning kelib chiqish sabablari

Anemiya eritrotsitlar hosil bo'lishining buzilishi, ularning ko'plab parchalanishi yoki eritrotsitlarning qon bilan yo'qotilishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Statistika ma'lumotlariga ko'ra, eng ko'p uchraydigan anemiya qon yo'qotishdan keyin yuzaga keladi (o'tkir yoki surunkali). Qon hajmi 500-700 ml dan ortiq (kattalarda) bo'lgan va qisqa vaqt ichida sodir bo'ladigan qon yo'qotish o'tkir hisoblanadi. Qon yo'qotish ko'rinarli (jarohatlardan qon ketishi, qonli qusish, bachadondan, burundan qon ketishi) va dastlabki yashirin (ichaklarga, qorin bo'shlig'iga va/yoki plevraga qon ketishi, katta gematomalar) bo'lishi mumkin.

Surunkali qon yo'qotish kam, lekin uzoq vaqt qon yo'qotish natijasida rivojlanadi (ko'p va uzoq hayz ko'rish, oshqozon yarasi, saraton, gemorroy, gemodializ muolajalarini o'tkazish va boshqalar). Vaqt o'tishi bilan ozgina qon yo'qotish organizmdagi temir zaxiralarining tugashiga olib keladi, bunda organizm tomonidan yo'qotiladigan temir miqdori uning ovqat bilan tushishidan oshib ketadi. Temir tanqisligi natijasida gemoglobin sintezi buziladi.

Har bir yetilgan eritrotsit ko'mikni 250-500 mln gemoglobin molekulasidan iborat "komplekt" bilan tark etadi. Gemoglobin molekulasi oqsil qismi (to'rtta globin subbirligi) va oqsil bo'lmagan temir guruhi (gem) dan iborat. Gemoglobinning asosiy biologik vazifasi kislorodni o'pkadan to'qimalarga va karbonat angidridni to'qimalardan o'pkaga tashishdir. Eritrotsitlarning yashash davomiyligi 120 kun atrofida bo'ladi.

Temir tanqisligi o'n ikki barmoqli ichak va ingichka ichakning boshlang'ich qismlarining turli kasalliklari (enteritlar, o'smalar, ichakning ushbu qismida jarrohlik aralashuvlaridan keyingi holatlar) natijasida temir so'rilishining pasayishi tufayli yuzaga kelishi mumkin. Qonda temir tashuvchi oqsillar miqdorining kamayishiga olib keluvchi holatlar (nefrotik sindrom, jigarning oqsil-sintetik funksiyasining buzilishi, so'rilishning buzilishi sindromi, alimentar yetishmovchilik) ham uning kamayishiga va natijada kamqonlikka olib kelishi mumkin. Temir tanqisligi anemiyalari dastlabki temir yetishmovchiligi bilan bog'liq (homiladorlik davrida onada temir yetishmovchiligi) yangi tug'ilgan chaqaloqlar va yosh bolalarda kuzatiladi.

Qon hosil bo'lishining buzilishi natijasida kelib chiqadigan kamqonliklar:

- eritrotsitlar hosil bo'lishi uchun zarur bo'lgan komponentlar (vitamin V6, vitamin V12, folat kislota va b.) organizmga yetarlicha tushmaganda yoki me'da-ichak yo'lida so'rilishi buzilganda;
- eritrotsitlarning o'tmishdoshi bo'lgan suyak ko'migi hujayralarining toksik moddalar, ionlashtiruvchi radiatsiya bilan zararlanishi;
- suyak ko'migida o'sma hujayralarining ikkilamchi o'choqlari hosil bo'lishi (metastazlanishi);
- gemoglobinning oqsil bo'lmagan qismi (gem) sintezining buzilishi va uning zaharli mahsulotlarining to'planishi;
- eritrotsitlar hosil bo'lishi regulyatsiyasining buzilishi (eritrotsitlar o'sishi va ko'payishini stimullovchi gormon (eritropoetin) ishlab chiqarilishining kamayishi yoki ingibitorlar ta'siri).

Boshqa anemiyalar - gemolitik anemiyalar ham irsiy, ham turmushda orttirilgan omillar ta'siri ostida eritrotsitlar yemirilishining kuchayishi natijasida rivojlanadi.

Irsiy gemolitik anemiyalarning rivojlanishi genetik nuqsonlar (eritrotsitlar fermentlari faolligining buzilishi, gemoglobin tuzilishi yoki sintezining buzilishi, eritrotsitlar membranalarining nuqsonlari) bilan bog'liq.

Turmushda orttirilgan gemolitik anemiyalar eritrotsitlarga antitelolar ta'sir etishi natijasida ularning yemirilishi, eritrotsitlar qobig'ining mexanik shikastlanishi, eritrotsitlarning kimyoviy shikastlanishi, vitaminlar yetishmasligi, eritrotsitlarning parazitlar ta'sirida yemirilishiga bog'liq bo'lishi mumkin.

Kamqonliklar tasnifi

1. Qon yo'qotish bilan bog'liq anemiyalar:

• o'tkir,

• surunkali.

2. Qon hosil bo'lishining buzilishi natijasida kelib chiqqan anemiyalar:

• gemoglobin hosil bo'lishining buzilishi bilan bog'liq anemiyalar;

• DNK va RNK sintezining buzilishi bilan bog'liq anemiyalar;

• eritrotsitlarning bo'linish jarayonlari buzilishi bilan bog'liq anemiyalar;

• suyak ko'migi hujayralari proliferatsiyasi (ko'payishi) ning susayishi bilan bog'liq anemiyalar.

3. Qon yemirilishining kuchayishi bilan bog'liq anemiyalar (gemolitik anemiyalar):

• irsiy gemolitik anemiyalar;

• orttirilgan gemolitik anemiyalar.

Kamqonlik belgilari

Anemiyaning ifodalanish darajasi kasallikning og'irligi va uning rivojlanish tezligiga bog'liq. Gemoglobin qancha kam bo'lsa va anemiya qancha tez rivojlansa, kasallikning klinik manzarasi shuncha yaqqol ifodalangan bo'ladi.

Anemiyaning umumiy (nospetsifik) ko'rinishlari va anemiyalarning ma'lum bir turiga xos bo'lgan belgilar mavjud.

Anemiyaning nospetsifik belgilariga teri rangining oqarishi, holsizlik, tez charchash, uyquchanlik, bosh aylanishi, hushdan ketish, quloq shang'illashi, ko'z oldida "chivinlar" paydo bo'lishi, hansirash, yurak urishi, tomir urishining tezlashishi va boshqalar kiradi. Ushbu belgilarning yo'qligi kamqonlik mavjudligini istisno qilmaydi, chunki kasallikning yengil va o'rtacha og'ir shaklida, shuningdek, uning sekin rivojlanishida klinik ko'rinish xiralashgan bo'lishi mumkin.

Organizmda temir yetishmovchiligining klinik ko'rinishlari: terining quruqligi, epidermis butunligining buzilishi, tirnoqlar, sochlarning mo'rtligi, og'iz burchaklaridagi yaralar va yoriqlar, mushaklarning zaifligi. Tilning achishish hissi, ta'mning buzilishi bo'r, tish pastasi, tuproq, xom yorma, xom go'sht iste'mol qilish istagi, shuningdek, ba'zi hidlarga (atseton, benzin) moyillik kuzatilishi mumkin.

Temir yetishmovchiligi uchun me'da-ichak yo'lining zararlanishi (gastrit) xarakterlidir.

Vitamin V12 yetishmovchiligi me'da-ichak yo'lining zararlanishi (atrofik gastrit) va nevrologik simptomatika (paresteziyalar, sezuvchanlikning buzilishi, qo'l-oyoqlarning uvishishi) bilan ham namoyon bo'lishi mumkin. Kasallikning o'ta og'ir kechishida ruhiy buzilishlar, alahsirash, gallyutsinatsiyalar, orttirilgan aqli zaiflik va boshqalar kuzatiladi.

Folat kislota yetishmovchiligining klinik ko'rinishi vitamin V12 yetishmovchiligiga juda o'xshaydi, ammo folat kislota yetishmovchiligi holatlarida nevrologik belgilar bo'lmaydi va kamdan-kam hollarda til yallig'lanishi paydo bo'ladi. Folat kislota yetishmovchiligi shizofreniyaning zo'rayishiga, epilepsiya xurujlarining ko'payishiga va og'irlashishiga olib keladi.

Gemolitik anemiyalar uchun teri va shilliq pardalarning sarg'ayishi, taloqning kattalashib ketishi, o't yo'llarida toshlar hosil bo'lishiga moyillik bo'lishi xarakterlidir.

Eritrotsitlarning massiv gemolizida (gemolitik kriz) anemiya, sariqlik va umumiy holatning yomonlashuvidan tashqari ko'ngil aynishi, qusish, ongning buzilishi, tutqanoqlar, o'tkir buyrak va/yoki yurak-qon tomir yetishmovchiligining rivojlanishi kuzatilishi mumkin.

Ko'mik hujayralari proliferatsiyasining susayib qolishi munosabati bilan boshlanadigan aplastik anemiyada qon quyilib qoladi (asosan son, boldir, qorin sohalarida qon quyiladi, inyeksiya qilingan joylarda gematomalar paydo bo'ladi). Ko'pincha bronxitlar, pnevmoniyalar aniqlanadi.

Anemiya diagnostikasi

Anemiya juda xilma-xil omillar ta'sirida paydo bo'lishi mumkin. Ko'pincha tanqis anemiyalar (temir tanqisligi, B12 tanqisligi, foliy tanqisligi va boshqalar) uchraydi. Anemiya sababini aniqlashda bemorni so'rab-surishtirishda olingan ma'lumotlar katta rol o'ynaydi: yoshi, kasbiy zararli omillarning mavjudligi, parhez xarakteri, yo'ldosh kasalliklarning mavjudligi, dori-darmonlarni qabul qilish, irsiyat to'g'risidagi ma'lumotlar va boshqalar. Ko'rik ma'lumotlari ham muhim ahamiyatga ega: teri rangi va holatining o'zgarishi; limfa tugunlari, jigar, taloqning kattalashishi; asab tizimining shikastlanishi mavjudligi.

Kamqonlikni davolash

Gemoglobin darajasining pasayishiga shubha qilinganda, birinchi navbatda terapevt yoki gematologga murojaat qilish kerak. Bemor bilan suhbatlashgandan, ko'rikdan va birlamchi tekshiruvlardan so'ng bemor boshqa tor mutaxassislar ginekolog, urolog, proktolog, parodontolog, otolaringolog, kardiolog, endokrinologga yuboriladi.

Anemiyada terapiya sababni bartaraf etishga, buzilgan funksiyalarni tiklashga, kislorod yetishmovchiligi va asosiy kasallik oqibatlarini bartaraf etishga qaratilgan. Davolash taktikasi anemiyaning turiga, uning og'irligiga, bemorning umumiy ahvoliga va yondosh buzilishlarga bog'liq bo'ladi. Tanqis anemiyada yetishmayotgan element tanqisligini bartaraf etadigan dori-darmonlarni qabul qilish va tegishli parhezga rioya qilish kerak.

Aplastik anemiya o'rinbosar terapiyani (eritrotsitar massani quyish, immunosupressiv terapiya (steroid preparatlar), simptomatik

terapiya (gemostatik, antibakterial), bir qator og'ir holatlarda mos keladigan donordan suyak iligi transplantatsiyasini talab qiladi.

Gemolitik anemiyani davolash ko'p marta qon quyish, plazmaferez (organizmdan toksinlar bilan ifloslangan qon plazmasini chiqarish), taloq kattalashganda uni olib tashlashni o'z ichiga oladi.

O'roqsimon hujayrali anemiyani davolashda uzoq muddat dori-darmonlar (antibiotiklar, analgetiklar, folat kislota preparatlari) buyuriladi.

Tiklanish bir necha haftadan bir necha oygacha va undan ko'proq vaqtni oladi. Ayrim hollarda umrbod davolanish talab etiladi. Anemiyaning og'ir, tug'ma yoki davolash qiyin bo'lgan shakllarida hayot davomiyligi va sifati ham turlicha bo'ladi.

Kamqonlikning oldini olish

Tavsiyalar anemiyaning aniq holatiga bog'liq. Umumiy tamoyillarga quyidagilar kiradi:

- muvozanatli ovqatlanish, zarur bo'lganda - tanadagi moddalar yetishmovchiligini to'ldiradigan dori-darmonlarni qabul qilish, ayniqsa bu homilador ayollarga taalluqli;
- ko'p va uzoq davom etadigan hayz, surunkali kasalliklar, jarohatlar va kuchli qon yo'qotish bilan kechadigan operatsiyalarda mutaxassislarga o'z vaqtida murojaat qilish;
- salomatlik holatining yillik skriningi.

Shuni esda tutish kerakki, moddalar yetishmovchiligini to'ldirish uchun birgina parhezning o'zi kifoya qilmaydi, chunki ular ovqatdan arzimas miqdorda so'riladi. Bu holatda dorilarni qabul qilish afzalroq, ammo ularni faqat shifokor kompleks tekshiruvdan so'ng buyurishi mumkin.

TESTLAR

1. Zotiljamning asosiy ta'rifi qaysi javobda to'g'ri berilgan?
A) O'pkaning surunkali yallig'lanishi
B) O'pkaning alveola va interstitsial to'qimalarining o'tkir yallig'lanishi
C) Faqat bronxlarning yallig'lanishi
D) O'pkada suyuqlik to'planishi

2. O'choqli pnevmoniyaning tipik boshlanishi qanday?
A) Juda keskin, to'satdan
B) Asta-sekin, O'RVI yoki bronxit fonida
C) Faqat travmadan keyin
D) Hech qanday belgisisiz

3. Krupoz pnevmoniyaga xos simptomni ko'rsating.
A) Zang rang balg'am ajralishi
B) Faqatgina past harorat (37 °C)
C) Yo'tal va hansirashsiz o'tishi
D) Faqatgina o'tkir qorin og'rig'i

4. O'choqli pnevmoniyada auskultatsiyada qanday o'zgarish kuzatiladi?
A) Krepitatsiya yo'q, faqat plevra shovqini
B) Mayda pufakchali xirillashlar
C) To'liq bronxial nafas butun o'pkada
D) Normada bo'ladi

5. Krupoz pnevmoniyaning rentgenologik belgisi nima?
A) Bir necha kichik o'choqlar
B) Umumiy shaffoflik
C) Bir butun bo'lakning qorayishi

D) O‘pkaning kengayishi

6. O‘choqli pnevmoniyaning rentgen belgisi qaysi?
A) O‘pka to‘liq qorayishi
B) Ko‘p sonli kichik infiltratlar
C) Umurtqa deformatsiyasi
D) Plevra qalinlashishi

7. Krupoz pnevmoniya qanday kechadi?
A) Sekin, belgilarsiz
B) Juda tez, keskin boshlanadi, og‘ir kechadi
C) Surunkali, qayta-qayta
D) Faqat yashirin shaklda

8. O‘choqli pnevmoniyada tana harorati odatda qanday bo‘ladi?
A) Juda yuqori (39–40 °C)
B) 38 °C atrofida, o‘rtacha ko‘tariladi
C) Harorat umuman ko‘tarilmaydi
D) 35 °C gacha tushadi

9. Krupoz pnevmoniyada dastlab auskultatsiyada nima eshitiladi?
A) Krepitatsiya
B) Mayda xirillash
C) Faqat plevra shovqini
D) Hech qanday o‘zgarish yo‘q

10. O‘choqli va krupoz pnevmoniya o‘rtasidagi asosiy farqni ko‘rsating.
A) Kasallikni qo‘zg‘atuvchisi butunlay boshqacha
B) O‘choqli pnevmoniya kichik segmentlarni, krupoz pnevmoniya esa butun bo‘lakni qamrab oladi

C) Ikkalasi ham bir xil klinik belgilarga ega
D) Faqatgina virusli infeksiyada uchraydi

11. O‘tkir bronxitning eng ko‘p uchraydigan sababi qaysi?
A) Viruslar
B) Zararli gazlar
C) Allergiya
D) Chekish

12. Surunkali bronxit tashxisi qo‘yilishi uchun yo‘tal qancha davom etishi kerak?
A) 1 oy davomida
B) 6 oy davomida
C) Yiliga 3 oydan ortiq, 2 yil ketma-ket
D) Faqat kuzda

13. O‘tkir bronxitning asosiy klinik belgisi qaysi?
A) Qorin og‘rig‘i
B) Yo‘tal (avval quruq, keyin balg‘amli)
C) Ko‘z qizarishi
D) Bosh og‘rig‘i

14. Surunkali bronxitning eng muhim xavf omili qaysi?
A) Chekish
B) Sovuq suv ichish
C) Allergiya
D) Ortiqcha ovqatlanish

15. O‘tkir bronxit odatda qanchaga davom etadi?
A) 2–3 kun
B) 2–3 hafta

C) 2–3 oy
D) 1 yil

16. Surunkali bronxitning asosiy klinik belgisi qaysi?
A) Doimiy balg‘amli yo‘tal
B) Faqat isitma
C) Faqat hansirash
D) Faqat ko‘krak og‘rig‘i

17. O‘tkir bronxit qanday asoratga olib kelishi mumkin?
A) O‘pka emfizemasi
B) Bronxopnevmoniya
C) O‘pka gipertenziyasi
D) O‘pka yurak yetishmovchiligi

18. Surunkali bronxitning uzoq davom etuvchi asoratlarini belgilang.
A) Bronxopnevmoniya
B) O‘pka emfizemasi va yurak yetishmovchiligi
C) Sinusit
D) Faringit

19. O‘tkir bronxitda tana harorati odatda qanday bo‘ladi?
A) 35 °C gacha tushadi
B) 39–40 °C juda yuqori
C) 37,5–38,5 °C o‘rtacha
D) Hech o‘zgarmaydi

20. Surunkali bronxit bilan o‘tkir bronxitning asosiy farqi qaysi?
A) Yo‘talning davomiyligi va sabablari
B) Faqat isitma mavjudligi
C) Faqat virus ta’sirida bo‘lishi
D) Har ikkisi ham bir xil

21. Gipertoniya kasalligida arterial bosim qaysi darajadan yuqori bo‘lsa tashxis qo‘yiladi?
A) 120/80 mm sim.ust.
B) 130/85 mm sim.ust.
C) 140/90 mm sim.ust. va undan yuqori
D) 100/60 mm sim.ust.

22. Gipertoniya kasalligida eng muhim xavf omillaridan biri qaysi?
A) Allergiya
B) Chekish
C) Gemofiliya
D) O‘tkir infeksiya

23. Gipertoniyada eng ko‘p uchraydigan shikoyat qaysi?
A) Bosh og‘rig‘i, ayniqsa ensa sohasida
B) Qorin og‘rig‘i
C) Qo‘l titrashi
D) Isitma

24. Gipertoniya kasalligida ko‘p zararlanishi mumkin bo‘lgan nishon a’zolar qaysilar?
A) O‘pka, jigar
B) Yurak, miya, buyrak, ko‘z tubi
C) Oshqozon, ichak
D) Teri va mushaklar

25. Gipertoniya kasalligining asoratlari qaysilar?
A) Miokard infarkti, insult, buyrak yetishmovchiligi
B) Qandli diabet, gastrit
C) Teri toshmasi, allergiya
D) Sinusit, bronxit

26. Gipertoniya davosida birinchi navbatda qanday choralar ko‘riladi?
A) Faqat dori beriladi

B) Hayot tarzini o‘zgartirish: tuzni kamaytirish, vaznni nazorat qilish, chekishni tashlash
C) Antibiotiklar qabul qilish
D) Operatsiya qilish

27. Qaysi guruh dori vositalari gipertoniya davosida ishlatiladi?
A) Antibiotiklar
B) Beta-blokatorlar, diuretiklar, ACE ingibitorlari, ARB, kalsiy antagonistlari
C) Antigistaminlar
D) Sedativlar

28 Gipertoniya kasalligining boshlang‘ich bosqichida eng ko‘p uchraydigan simptom qaysi?
A) Quloqda shovqin
B) Ko‘krak og‘rig‘i
C) Bosh og‘rig‘i
D) Ko‘ngil aynishi

29. Gipertoniya kasalligida ko‘z tubida qanday o‘zgarish bo‘lishi mumkin?
A) Retinopatiya
B) Katarakta
C) Kon’yunktivit
D) Blefarit

30. Qaysi belgilar gipertoniya kasalligiga xos emas?
A) Bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi
B) Qon bosimining ko‘tarilishi
C) Ko‘z oldida “chivinlar”
D) Quruq yo‘tal va balg‘am ajralishi

31. YuIKning asosiy sababi nima?
A) Yurak revmatizmi
B) Koronar arteriyalarning aterosklerozi

C) Miokardit
D) Perikardit

32. Stenokardiya og‘rig‘i qaysi joylarga tarqaladi?
A) Chap qo‘l, jag‘ osti, kurak orasi
B) O‘ng qo‘l, bo‘yin, bel
C) Qorin pastki qismi
D) Son mushaklari

33. Nitroglitserin stenokardiya og‘rig‘ini necha daqiqa ichida bartaraf etadi?
A) 10–15 daqiqa
B) 5–10 daqiqa
C) 1–3 daqiqa
D) 20–30 daqiqa

34. Barqaror stenokardiyada og‘riq qanday sharoitda paydo bo‘ladi?
A) Dam olayotganda
B) Jismoniy harakat va stress paytida
C) Uyqu vaqtida
D) Ovqatlangandan keyin

35. Prinzmetal (vazospastik) stenokardiyasi qachon ko‘proq uchraydi?
A) Kunduzi, faoliyat vaqtida
B) Tun va ertalabki soatlarda
C) Ovqatlangandan keyin
D) Doimo

36. Stenokardiya og‘rig‘i qanday xarakterga ega?
A) O‘tkir, sanchuvchi
B) Siqib, bosuvchi
C) Yonuvchi
D) Qirqib yuboruvchi

37. YuIKda og‘riqni bartaraf etuvchi asosiy dori vositasi qaysi?
A) Aspirin
B) Verapamil
C) Nitroglitserin
D) Atorvastatin

38. YuIK diagnostikasida eng muhim "oltin standart" usul qaysi?
A) Ekokardiyografiya
B) Koronar angiografiya
C) Oddiy rentgen
D) Spirometriya

39. YuIKni dori bilan davolashda quyidagilardan qaysi biri qo'llaniladi?
A) Beta-blokatorlar
B) Antibiotiklar
C) Antigistaminlar
D) Antiepileptiklar

40. YuIKda jarrohlik davolash usullaridan qaysi biri qo'llaniladi?
A) Aorto-koronar shuntlash
B) Appendektomiya
C) Splenektomiya
D) Gastrektomiya

41. Miokard infarktining asosiy sababi qaysi?
A) Yurak revmatizmi
B) Koronar arteriyalarning trombozi
C) Miokardit
D) Perikardit

42. Miokard infarktida og'riqning asosiy xususiyati qanday?
A) 1–2 daqiqada o'tib ketadi
B) Nitroglitserindan tezda yo'qoladi
C) Kuchli, 30 daqiqadan uzoq davom etadi
D) O'tkir sanchuvchi, qisqa davom etuvchi

43. Qaysi laborator ko'rsatkich miokard infarktiga xos marker hisoblanadi?
A) Troponin I va T
B) Bilirubin
C) Amilaza
D) CRP

44. Miokard infarktining eng xavfli erta asoratlaridan biri qaysi?
A) Postinfarkt kardioskleroz
B) Yurak devori yorilishi

C) Xronik yurak yetishmovchiligi
D) Tromboz

45. Miokard infarktining eng tez-tez uchraydigan erta asoratlari?
A) Aritmiyalar
B) Perikardit
C) Kardioskleroz
D) Hipertrofiya

46. Miokard infarktida kechki davrda qanday asorat ko'p uchraydi?
A) O'tkir perikardit
B) Postinfarkt kardioskleroz
C) Kardiogen shok
D) Fibrillyatsiya

47. ST segmenti ko'tarilgan MI uchun EKG belgilari qaysi?
A) ST segmenti depressiyasi
B) ST segmenti ko'tarilishi
C) P tishi yo'qolishi
D) QT intervali uzayishi

48. Miokard infarktida og'riqni bartaraf etishda birinchi navbatda qaysi preparat qo'llaniladi?
A) Morfiy
B) Aspirin
C) Nitratlar
D) Beta-blokatorlar

49. Miokard infarktining kechki davrida quyidagilardan qaysi biri kuzatilmaydi?
A) Xronik yurak yetishmovchiligi
B) Postinfarkt kardioskleroz
C) Aneurizma
D) O'tkir perikardit

50. Miokard infarktida jarrohlik davolash usullaridan qaysi biri qo'llaniladi?
A) Appendektomiya
B) Aorto-koronar shuntlash

C) Splenektomiya
D) Gastrektomiya

51. O‘tkir revmatik isitma qaysi infeksiyadan keyin rivojlanadi?
A) Virusli gepatit
B) β-gemolitik A guruhi streptokokk
C) Gripp virusi
D) Sitomegalovirus

52. ORI paydo bo‘lishi odatda qaysi davrdan so‘ng kuzatiladi?
A) Infeksiyadan 1–2 kun ichida
B) Infeksiyadan 2–3 haftadan keyin
C) Infeksiyadan 2 oy keyin
D) Infeksiyadan 6 oy keyin

53. Revmatik isitmada eng ko‘p shikastlanadigan organ qaysi?
A) Buyrak
B) Yurak
C) O‘pka
D) Jigar

54. Revmatik isitmada bo‘g‘imlardagi artrit qanday xususiyatga ega?
A) Doimiy
B) Ko‘chib yuruvchi (migratsiyalovchi)
C) Bir bo‘g‘imda doimiy
D) Yengil og‘riqli

55. Revmatik isitmada eng xavfli kechadigan asorat qaysi?
A) Nefrit
B) Yurak klapan nuqsonlari
C) Pnevmoniya
D) Dermatit

56. Jons mezonlariga ko‘ra quyidagilardan qaysi biri asosiy mezon hisoblanadi?
A) Isitma
B) Eritrositlar cho‘kish tezligi (SOE) oshishi
C) Kardit
D) Artralgiyalar

57. Revmatik isitmada terida uchraydigan o‘zgarish nomi qanday?
A) Eritema nodosum
B) Eritema annulare
C) Petechiyalar
D) Purpura

58. Revmatik isitmada asab tizimi zararlanganda qanday belgi kuzatiladi?
A) Epileptik tutqanoq
B) Xoreya minor
C) Parkinsonizm
D) Tremor

59. Revmatik isitmada asosiy antibiotik vosita qaysi?
A) Tetratsiklin
B) Benzilpenitsillin
C) Eritromitsin
D) Gentamitsin

60. Revmatik isitma profilaktikasida Bicillin-5 necha haftada bir marta yuboriladi?
A) Har kuni
B) Har oyda
C) 3–4 haftada bir marta
D) 6 oyda bir marta

61. Mitral stenozning eng ko‘p uchraydigan sababi qaysi?
A) Miokard infarkti
B) Revmatik endokardit
C) Infeksion endokardit
D) Ateroskleroz

62. Mitral teshikning normal yuzasi qancha?
A) 0,5–1 sm^2
B) 1–2 sm^2
C) 4–6 sm^2
D) 8–10 sm^2

63. Mitral stenozda auskultatsiyada qanday shovqin eshitiladi?
A) Sistolik shovqin yurak cho'qqisida
B) Diastolik g'uvillash yurak cho'qqisida
C) Aortada diastolik shovqin
D) Pulmonal sohada sistolik shovqin

64. Mitral yetishmovchilikda qaysi shovqin eshitiladi?
A) Aorta ustida diastolik shovqin
B) Yurak cho'qqisida sistolik shovqin, qo'ltiq ostiga irradiatsiya qiladi
C) O'ng qovurg'a oralig'ida diastolik shovqin
D) Pulmonal sohada diastolik shovqin
E) Chap qovurg'a oralig'ida sistolik g'uvillash

65. Mitral stenozga xos tashqi belgi qaysi?
A) "Aorta yuz" (sarg'ish rang)
B) "Mitral yuz" (siyohrang qizarish)
C) Kaftlarda qizarish
D) Ko'zlarda sariqlik
E) Lablar oqarishi

66. Mitral stenozning eng ko'p uchraydigan yurak aritmiyasi qaysi?
A) Ekstrasistoliya
B) Paroksizmal taxikardiya
C) Atrial fibrillyatsiya
D) Sinus taxikardiyasi
E) AV-blokada

67. Mitral stenozning jarrohlik davosi qaysi?
A) Koronar angioplastika
B) Komissurotomiya
C) Aorto-koronar shuntlash
D) Perikardektomiya
E) Ablatsiya

68. Mitral yetishmovchilikda chap bo'lmachada qanday o'zgarish kuzatiladi?
A) Gipertrofiya
B) Dilatatsiya
C) Atrofiya

D) Skleroz
E) Aneurizma

69. Mitral stenozning eng muhim klinik belgilaridan biri?
A) Dyspnoe (hansirash)
B) Ko‘ngil aynishi
C) Qorin og‘rishi
D) Oyoqlarda og‘riq
E) Ko‘rishning pasayishi

70. Mitral klapan nuqsonlarida uchrashi mumkin bo‘lgan xavfli asorat qaysi?
A) Jigar sirrozi
B) Tromboemboliya
C) Anemiya
D) Perikardit
E) Gastrit

71. Aortal stenozning eng ko‘p sababi qaysi?
A) Revmatik kasallik
B) Miokard infarkti
C) Perikardit
D) Kardiomiopatiya

72. Aortal stenozda qanday shovqin eshitiladi?
A) Sistolik ejektiv shovqin
B) Diastolik g‘uvillash
C) Perikard ishqalanish shovqini
D) Qorin sohasida shovqin

73. Aortal yetishmovchilikda qaysi shovqin kuzatiladi?
A) Yurak cho‘qqisida sistolik shovqin
B) Aorta ustida diastolik shovqin
C) Pulmonal sohada sistolik shovqin
D) Chap qovurg‘a oralig‘ida g‘uvillash

74. Aortal stenozda puls qanday bo‘ladi?
A) “Parvus et tardus” — kichik va sust
B) Tez va yuqori amplitudali
C) To‘lqinli puls
D) Ritmik, kuchli puls

75. Aortal yetishmovchilikda puls qanday bo‘ladi?
A) Katta amplitudali, tez puls
B) Sust va kichik puls
C) Diktrotik puls
D) Ritmik puls

76. Aortal stenozda chap qorincha qanday o‘zgaradi?
A) Konsentrik gipertrofiya
B) Dilatatsiya
C) Atrofiya
D) Skleroz

77. Aortal yetishmovchilikda chap qorincha qanday bo‘ladi?
A) Eksentrik gipertrofiya va dilatatsiya
B) Konsentrik gipertrofiya
C) Atrofiya
D) Aneurizma

78. Aortal stenozning klassik triadasiga qaysilar kiradi?
A) Hansirash, angina, hushdan ketish
B) Oyoq shishi, assit, gepatomegaliya
C) Tromboz, emboliya, isitma
D) Ko‘krak og‘rig‘i, yo‘tal, isitma

79. Aortal yetishmovchilikka xos belgini belgilang:
A) Korigan belgisi — boshning ritmik tebranishi
B) Kussmaul belgisi
C) Bek’s triadasi
D) Blumberg simptomi

80. Aortal klapan nuqsonlarining asosiy jarrohlik davosi qaysi?
A) Aortal qopqoqni protezlash
B) Komissurotomiya
C) Perikardektomiya
D) Ablatsiya

81. Surunkali gastritning eng ko‘p uchraydigan sababi qaysi?
A) Helicobacter pylori infeksiyasi
B) Ichak parazitlari
C) Virusli infektsiya
D) Oziq-ovqat allergiyasi

82. Autoimmun gastritda qaysi hujayralarga qarshi antitelolar hosil bo‘ladi?
A) Asab hujayralariga
B) Parietal hujayralarga
C) Endoteliy hujayralariga
D) Muskullar hujayralariga

83. Surunkali gastritning asosiy klinik belgisi qaysi?
A) Qorin pastida og‘riq
B) Epigastral sohada og‘riq, noqulaylik
C) Ko‘krak qafasida og‘riq
D) O‘ng qovurg‘a ostida og‘riq

84. Surunkali gastritning dispeptik simptomlariga qaysi kiradi?
A) Ko‘ngil aynishi, qorin dam bo‘lishi
B) Tez-tez siyish
C) Bosh aylanishi
D) Qon tupurish

85. Surunkali gastritning eng muhim diagnostik usuli qaysi?
A) Qon tahlili
B) FEGDS (fibroezofagogastroduodenoskopiya)
C) Qorinning UTT
D) KT (kompyuter tomografiya)

86. Autoimmun gastritda qanday anemiya rivojlanadi?
A) Temir tanqis anemiya
B) Zaruriy B12 vitamin yetishmovchiligi (pernisioz)
C) Aplastik anemiya
D) Gemolitik anemiya

87. Helicobacter pylori aniqlash uchun qaysi test ishlatiladi?
A) Ureaza testi
B) Mantou sinov
C) Wasserman reaksiyasi
D) Rinoskopiya

88. Sekretsiyasi oshgan gastritning asosiy belgisi qaysi?
A) Achchiq qorin og‘rig‘i, ko‘p kislotalilik
B) O‘ng qovurg‘a ostida og‘riq

C) Ich ketishi va sarg'ayish
D) Katta taloq

89. Sekretsiyasi pasaygan gastritda qaysi simptom ko'p uchraydi?
A) Og'irlik hissi, ishtahaning pasayishi
B) Ko'krak qafasida og'riq
C) Ko'z qorong'ilashishi
D) Qo'l-oyoqlarda uvishish

90. Surunkali gastritni davolashda asosiy yo'nalish qaysi?
A) Helicobacter pylorini eradikatsiya qilish
B) Yallig'lanishga qarshi gormonal terapiya
C) Faqat jismoniy mashqlar
D) Qon quyish

91. Me'da va 12 barmoq ichak yarasining eng ko'p uchraydigan sababi qaysi?
A) Virusli infeksiya
B) Helicobacter pylori
C) Stress
D) Parazitlar

92. 12 barmoq ichak yarasiga xos og'riq qachon paydo bo'ladi?
A) Ovqat yegandan keyin darhol
B) Ovqatdan 30–60 minut o'tib
C) Och qoringa, tungi og'riqlar
D) Doimiy og'riq, ovqatga bog'liq emas

93. Me'da yarasiga xos og'riq qachon kuzatiladi?
A) Ovqatdan keyin 30–60 minutda
B) Tongda och qoringa
C) Jismoniy zo'riqishdan keyin
D) Har doim bir xil

94. Peptik yarada eng xavfli asorat qaysi?
A) Dispepsiya
B) Gastrit
C) Qon ketish, perforatsiya
D) Qorin dam bo'lishi

95. Me'da yarasida malignizatsiya xavfi nechog'lik?
A) Juda kam, deyarli bo'lmaydi
B) O'rtacha
C) Yuqori
D) Hech qachon kuzatilmaydi

96. Peptik yarada eng muhim diagnostik usul qaysi?
A) Qon tahlili
B) Fibroezofagogastroduodenoskopiya (FEGDS)
C) Qorinning UTT
D) KT

97. Helicobacter pylorini aniqlash uchun maxsus test qaysi?
A) Mantou testi
B) Ureaza testi
C) Wasserman reaksiyasi
D) ELISA gepatitga

98. Peptik yara kasalligining mavsumiy xuruji qaysi davrlarda ko'proq uchraydi?
A) Bahor va kuz
B) Yoz va qish
C) Faqat yozda
D) Faqat qishda

99. 12 barmoq ichak yarasida og'riq qanday ovqatdan keyin kamayadi?
A) Sutli ovqatdan keyin
B) Achchiq ovqatdan keyin
C) Yog'li ovqatdan keyin
D) Hech qachon kamaymaydi

100. Peptik yarani davolashda asosiy farmakologik yo'nalish qaysi?
A) Antibiotik va proton pompa inhibitirlari bilan eradikatsiya terapiyasi
B) Faqat antatsidlar
C) Faqat gormonal preparatlar
D) Faqat fizioterapiya

101. Surunkali pielonefritning eng ko'p uchraydigan sababi?
A) Virusli infeksiya
B) Bakterial infeksiya (E.coli)

C) Zamburug‘li infeksiya
D) Allergik reaktsiya

102. Surunkali pielonefritning tipik klinik belgisi qaysi?
A) Paroksizmal ko‘krak og‘rig‘i
B) Pastki bel sohasida doimiy og‘riq
C) Qorin dam bo‘lishi
D) Bo‘g‘imlarda og‘riq

103. Surunkali pielonefritda siydikda nimalar aniqlanadi?
A) Proteinuriya, leyotsituriya
B) Bilirubin, urobilin
C) Keton jismlar
D) Amilaza

104. Surunkali pielonefritning laborator ko‘rsatkichida eng muhim belgi qaysi?
A) Leukoцitoz va ECHT oshishi
B) Trombositopeniya
C) Gemoglobin oshishi
D) Qand pasayishi

105. Surunkali pielonefritning asoratlaridan biri?
A) O‘pka shishi
B) Xronik buyrak yetishmovchiligi
C) Yurak tamponadasi
D) Miya gemorragiyasi

106. Surunkali pielonefritning klinik shakllaridan biri qaysi?
A) Latent shakl
B) O‘tkir abdominal shakl
C) Tromboembolik shakl
D) Gipertonik inqiroz

107. Surunkali pielonefritning latent shaklida qanday simptom kuzatiladi?
A) Yoqut rangli siydik
B) Belgilari deyarli yo‘q
C) Gemoptiziya
D) Kuchli qorin og‘rig‘i

108. Surunkali pielonefritda UTTda qanday belgilar kuzatiladi?
A) Buyrak o'lchamining kichrayishi, konturlar notekis
B) Jigar hajmi kattalashishi
C) Talog' kattalashishi
D) O'pka alveolalarida infiltrat

109. Surunkali pielonefritni davolashning asosiy yo'nalishi qaysi?
A) Antibakterial terapiya
B) Antigistamin terapiya
C) Kortikosteroidlar
D) Vitaminlar

110. Surunkali pielonefritda qanday dori guruhlari qo'llaniladi?
A) Antibiotiklar, uroseptiklar
B) Antiaritmiyalar
C) Gemostatiklar
D) Antikoagulyantlar

111. Surunkali glomerulonefritning asosiy etiologik omili qaysi?
A) Virusli infektsiya
B) Bakterial infektsiya (streptokokk)
C) Allergiya
D) Zamburug'lar

112. Surunkali glomerulonefritda eng xarakterli klinik belgi qaysi?
A) Siydikda oqsil va eritrotsitlar
B) Siydikda glyukoza
C) Siydikda bilirubin
D) Siydikda keton jismlar

113. Surunkali glomerulonefritda qaysi sindromlar kuzatiladi?
A) Nefrotik, gipertenziv, siydik sindromi
B) Gipoparatireoz sindromi
C) Metabolik sindrom
D) Itsenko-Kushing sindromi

114. Surunkali glomerulonefritning latent shaklida qanday belgilar ustun?
A) Faqat siydik sindromi

B) O'tkir bel og'rig'i
C) Yuzning shishishi va oliguriya
D) Anuriya

115. Surunkali glomerulonefritning gipertenziv shaklida nima kuzatiladi?
A) Arterial bosimning doimiy oshishi
B) Jigar kattalashishi
C) Yurak aritmiyasi
D) O'pka emfizemasi

116. Surunkali glomerulonefritning eng og'ir asoratlaridan biri?
A) Surunkali buyrak yetishmovchiligi
B) Anemiya
C) Pielonefrit
D) Qandli diabet

117. Surunkali glomerulonefritda siydik tahlilida qaysi belgilar aniqlanadi?
A) Proteinuriya, gematuriya, silindruriya
B) Ketonuriya
C) Glukozuriya
D) Urobilinuriya

118. Surunkali glomerulonefritning nefrotik shaklida qanday belgi ustun bo'ladi?
A) Proteinuriya va shishlar
B) Qon bosimining keskin pasayishi
C) Polidipsiya
D) Gemoptiziya

119. Surunkali glomerulonefritda buyrak biopsiyasi nima uchun o'tkaziladi?
A) Kasallik shaklini va darajasini aniqlash uchun
B) Qon tarkibini bilish uchun
C) Elektrolitlarni aniqlash uchun
D) O'pka patologiyasini aniqlash uchun

120. Surunkali glomerulonefritni davolashning asosiy prinsipi?
A) Infeksiya o'chog'ini bartaraf etish, antigipertenziv va immunosupressiv terapiya

B) Faqat antibiotiklar
C) Faqat simptomatik davo
D) Faqat vitaminlar

121. Revmatoid artritning asosiy patogenetik mexanizmi?
A) Infeksion toksik ta'sir
B) Autoimmun jarayon
C) Allergik reaktsiya
D) Mexanik shikastlanish

122. Revmatoid artritda qaysi bo'g'imlar ko'proq zararlanadi?
A) Katta bo'g'imlar (tizza, son)
B) Simmetrik tarzda kichik bo'g'imlar
C) Faqat umurtqa bo'g'imlari
D) To'sh-qovurg'a bo'g'imlari

123. Revmatoid artritga xos tonggi qotishish qancha vaqt davom etadi?
A) 5–10 daqiqa
B) 15–20 daqiqa
C) 30 daqiqa
D) 1 soat va undan ko'p

124. Revmatoid artrit uchun eng muhim laborator marker?
A) Revmatoid faktor (RF)
B) Bilirubin
C) Kreatinin
D) Amilaza

125. Revmatoid artrit uchun eng yuqori spesifik marker?
A) SOE oshishi
B) Anti-CCP (antitsitrullin antitelolar)
C) Leykotsitoz
D) Proteinuriya

126. Revmatoid artritning eng ko'p uchraydigan bo'g'imdan tashqari belgisi?
A) Gemoptiziya
B) Revmatoid tugunlar
C) Irsiy kasalliklar
D) Gemorragik diatez

127. Revmatoid artritning asosiy dori vositasi (birinchi tanlov preparati)?
A) Metotreksat
B) Prednizolon
C) Diklofenak
D) Sulfasalazin

128. Revmatoid artritda bo‘g‘imlarda qanday o‘zgarish kuzatiladi?
A) Suyak eroziyasi, bo‘g‘im deformatsiyasi
B) Faqat sinovial suyuqlik kamayishi
C) O‘pka alveolalarida infiltrat
D) Buyrak parenximasida kistalar

129. Revmatoid artritda qo‘llaniladigan biologik preparatlar qaysi guruhga kiradi?
A) TNF-α ingibitorlari
B) Proton pompasi ingibitorlari
C) Beta-blokatorlar
D) Antikoagulyantlar

130. Revmatoid artritning kechikkan davridagi tipik oqibati?
A) Bo‘g‘im ankilozi va deformatsiya
B) O‘tkir yurak yetishmovchiligi
C) O‘pka tuberkulyozi
D) Surunkali pankreatit

131. Revmatoid artrit va revmatizm orasidagi asosiy farq?
A) Revmatoid artritda kichik bo‘g‘imlar simmetrik zararlanadi
B) Revmatizmda surunkali kechish kuzatiladi
C) Revmatoid artrit faqat katta bo‘g‘imlarga ta’sir qiladi
D) Revmatizmda deformatsiyalar doimiy bo‘ladi

132. Podagra artritining patognomonik belgisi?
A) Tonggi qotishish
B) Tizza bo‘g‘imining zararlanishi
C) Bosh barmoq metatarzofalangeal bo‘g‘imining zararlanishi
D) Bo‘g‘imlarning simmetrik shishi

133. Osteoartrozda qanday belgi ustun?
A) Ekssudativ yallig‘lanish
B) Suyak deformatsiyasi va “bo‘g‘im g‘ijirlashi”

C) Revmatoid tugunlar
D) To‘shda og‘riq

134. Revmatoid artritni osteoartrozdan asosiy ajratuvchi belgi?
A) Revmatoid artrit — immun jarayon bilan bog‘liq
B) Osteoartrozda bo‘g‘imlar simmetrik zararlanadi
C) Revmatoid artritda “bo‘g‘im g‘ijirlashi” bo‘ladi
D) Osteoartrozda revmatoid tugunlar kuzatiladi

135. Revmatizmda bo‘g‘imlar qanday shikastlanadi?
A) Surunkali-progressiv
B) O‘tkir, uchuvchi xarakterda
C) Bo‘g‘im ankilozi rivojlanadi
D) Faqat kichik bo‘g‘imlar zararlanadi

136. Podagra va revmatoid artrit differensial diagnostikasida muhim laborator belgi?
A) Oqsiluriya
B) Siydik kislotasi darajasining oshishi
C) Antinuklear antitelolar
D) ESR oshishi

137. Osteoartrozga xos radiologik belgi?
A) Suyak eroziyalari
B) Bo‘g‘im bo‘shlig‘ining torayishi va osteofitlar
C) “Kaplan qanoti” deformatsiyasi
D) Osteoporoz

138. Revmatoid artritning sistem belgilaridan biri?
A) Suyak zichligining ortishi
B) Revmatoid tugunlar
C) Siydik kislotasi ko‘payishi
D) “Bo‘g‘im g‘ijirlashi”

139. Revmatizmga xos belgi qaysi?
A) Bo‘g‘imlarning qaytar (reversibil) shikastlanishi
B) Kichik bo‘g‘imlarning doimiy deformatsiyasi
C) Siydik kislotasining oshishi
D) Bo‘g‘im g‘ijirlashi

140. Podagraga xos bo‘lmagan belgi qaysi?
A) O‘tkir bo‘g‘im og‘rig‘i
B) Siydik kislotasi yuqori bo‘lishi
C) Revmatoid faktor musbatligi
D) To‘fuslar (urat tugunlari)

141. Anemiya deb nimaga aytiladi?
A) Qonda leykotsitlar kamayishi
B) Qonda gemoglobin va eritrotsitlar miqdorining kamayishi
C) Qonda trombotsitlar kamayishi
D) Qon hajmining kamayishi

142. Temir tanqis anemiyasiga xos belgilar?
A) Giperpigmentatsiya
B) Atrofik glossit, tirnoqlarning mo‘rtligi
C) Gemorragik sindrom
D) Qon bosimining keskin ko‘tarilishi

143. Qaysi laborator belgi megaloblast anemiyaga xos?
A) Normotsitar eritrotsitlar
B) Gigant megaloblastlar va makrositoz
C) Mikrositoz
D) Trombotsitoz

144. Pernitsioz anemiyaning asosiy sababi?
A) Vitamin B12 yetishmovchiligi
B) Temir tanqisligi
C) Folat yetishmovchiligi
D) Gemoliz

145. Gemolitik anemiyalarda qaysi belgi kuzatiladi?
A) Sariqlik
B) Gipopigmentatsiya
C) Lekoцitozning kamayishi
D) Trombositopeniya

146. Temir tanqis anemiyada suyak ko‘migida qanday o‘zgarish bo‘ladi?
A) Eritropoez kuchayishi, lekin gemoglobinsiz eritrotsitlar
B) Trombopoez kuchayishi

C) Limfopoez kuchayishi
D) Megakariotsitlar ko'payishi

147. Gemolitik anemiyalarni differensial diagnostikasida muhim laborator belgi?
A) Retikulotsitoz
B) Leukoцitoz
C) Normotsitoz
D) Trombotsitoz

148. B12 yetishmovchilik anemiyasida nevrologik simptomlar qanday bo'ladi?
A) Ko'rish qobiliyati pasayishi
B) Polinevrit, paresteziya
C) Yurak aritmiyasi
D) Nafas qisilishi

149. Temir tanqis anemiyada qon ko'rsatkichlarida qanday o'zgarish bo'ladi?
A) Mikrositar, gipoxrom eritrotsitlar
B) Makrositar, giperxrom eritrotsitlar
C) Normositar eritrotsitlar
D) Retikulotsitoz

150. Qaysi anemiya autoimmun tabiatli bo'lishi mumkin?
A) Pernitsioz anemiya
B) Temir tanqis anemiya
C) Gemorragik anemiya
D) Postgemorragik anemiya

Test savollarining javoblari

1-B	21-C	41-B	61-B	81-A	101-B	121-B	141-B
2-B	22-B	42-C	62-C	82-B	102-B	122-B	142-B
3-A	23-A	43-A	63-B	83-B	103-A	12-D	143-B
4-B	24-B	44-B	64-B	84-A	104-A	124-A	144-A
5-C	25-A	45-A	65-B	85-B	105-B	125-B	145-A
6-B	26-B	46-B	66-C	86-B	106-A	126B	146-A
7-B	27-B	47-B	67-B	87-A	107-B	127-A	147-A
8-B	28-C	48-D	68-B	88-A	108-A	128-A	148-B
9-A	29-A	49-D	69-A	89-A	109-A	129-A	149-A
10-B	30-D	50-B	70-B	90-A	110-A	1320-A	150-A
11-A	31-B	51-B	71-A	91-B	111-B	131-A	
12-C	32-A	52-B	72-A	92-C	112-A	132-C	
13-B	33-C	53-B	73-B	93-A	113-A	133-B	
14-A	34-B	54-B	74-A	94-C	114-A	134-A	
15-B	35-B	55-B	75-A	95-C	115-A	135-B	
16-A	36-B	56-C	76-A	96-B	116-A	136-B	
17-B	37-C	57-B	77-A	97-B	117-A	137-B	
18-B	38-B	58-B	78-A	98-A	118-A	138-B	
19-C	39-A	59-B	79A	99-A	119-A	139-A	
20-A	40-A	60-C	80-A	100-A	120-A	140-C	

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Мухин Н.А., Моисеев В.И. Внутренние болезни. Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022, стр.34-52
2. Моисеев В.И. Внутренние болезни. Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020, стр.451-460.
3. Харрисон Т. Внутренние болезни. Руководство для врачей. – М.: Практика, 2021, стр.143-158.
4. Рябов С.И. Клиническая ревматология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020, стр.208-223.
5. Терапия: национальное руководство / под ред. В.С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, стр.358-364.
6. Внутренние болезни: учебник / под ред. Н.А. Мухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021, стр.451-473.
7. Внутренние болезни: пропедевтика / под ред. В.Г. Воробьева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016, стр.152-168.
8. Gadayev A. Ichki kasalliklar. – Toshkent, 2018, 108-115 bet.
9. Karimov R.J., Rasulov S.I. Ichki kasalliklar propedevtikasi. – Toshkent: Fan, 2016, 108-115 bet.
10. Nizomiddinov H. Ichki kasalliklar: Klinik qo'llanma. – Samarqand, 2020, 108-115 bet.
11. Qosimov T., Ergashev Sh. Ichki kasalliklar darsligi. – Toshkent, 2021, 42-50 bet.
12. Yarmuxamedova N.A. Ichki kasalliklar bo'yicha o'quv qo'llanma. – Samarqand, 2022, 37-46 bet.
13. Клинические рекомендации Минздрава РФ по терапии внутренних болезней. – М., 2022, стр.388-405.

QO‘SHIMCHA ADABIYOTLAR

1. Струтынский А.В., Серов В.В. Нефрология. Учебное пособие. – М.: Медицина, 2017, стр.78-84.
2. Брычев С.Н., Бондаренко В.М. Пульмонология. Учебное пособие. – М.: Медицина, 2016, стр.145-170.
3. Верткин А.Л. Неотложные состояния во внутренней медицине. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015, стр.112-140.
4. Кобалава Ж.Д. Артериальная гипертензия: современные аспекты. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019, стр.237-249.
5. Чучалин А.Г. Болезни органов дыхания. Руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018, стр.56-68.
6. Ismoilov S.A. Ichki kasalliklar diagnostikasi. – Toshkent, 2017, 216-224 bet.
7. Umarov M., Sobirov A. Ichki kasalliklar bo‘yicha klinik mashg‘ulotlar. – Toshkent, 2019, 56-71 bet.
8. Rasulov S.I. Klinik terapiya asoslari. – Toshkent: Fan va texnologiya, 2018, 42-67 bet.
9. Jo‘rabekov U. Ichki kasalliklar propedevtikasi bo‘yicha amaliy mashg‘ulotlar. – Toshkent, 2020, 146-151 bet.
10. Mo‘minov A. Ichki kasalliklarda tashxis va davolash algoritmlari. – Toshkent, 2021, 85-96 bet.
11. Ergashev Sh. Ichki kasalliklar bo‘yicha test savollari to‘plami. – Toshkent, 2019, 14-20 bet.
12. Tibbiyot instituti qo‘llanmalari: Ichki kasalliklar kafedrasi materiallari. – Samarqand, 2020–2023, 110-115 bet.
13. Mt.sammu.uz – Samarqand davlat tibbiyot universiteti elektron resurslari (Ichki kasalliklar bo‘yicha).
14. Qosimov T. Gastroenterologiya (Ichki kasalliklar). – Toshkent, 2018, 206-218 bet.
15. Abdullayev B. Kardiologiya asoslari (Ichki kasalliklar uchun qo‘llanma). – Toshkent, 2020, 245-256 bet.

GLOSSARIY

Termin	Ta'rif
Pnevmoniya	infeksiyalar (bakteriyalar, viruslar, zamburug'lar) ta'sirida o'pka to'qimasining, asosan alveolalarning, o'tkir yallig'lanishidir
Bronxit	o'pka shoxchalari (bronxlar) yallig'lanishi kasalligi
Surunkali bronxit	kamida 3 oy davomida yildan yilga takroriy yo'tal bilan kechuvchi yallig'lanish.
Yo'tal	bronxitning asosiy belgisi, quruq yoki balg'amli bo'lishi mumkin.
Mukolitik dorilar	balg'amni suyultirish va yo'talni yengillashtirish uchun ishlatiladi.
Bronxodilatatorlar	bronxlarni kengaytiruvchi dorilar, obstruksiya kamaytirishga yordam beradi
Gipertenziya	Surunkali qon bosimi yuqori bo'lishi holati (arterial gipertenziya).
Qon bosimi	Qonning qon tomir devorlariga qilayotgan bosimi, mmHg bilan o'lchanadi.
Sistolik bosim	Yurak siqilganda bosim darajasi (yuqori ko'rsatkich).
Diastolik bosim	Yurak dam olganda bosim darajasi (past ko'rsatkich).
Essensial gipertenziya	Aniq sabab bo'lmagan surunkali yuqori qon bosimi.
Simptomatik	Buyrak, yurak yoki gormon kasalliklari natijasida

gipertenziya	kelib chiqqan yuqori qon bosimi.
Yurak ishemik kasalligi (YuIK)	Yurak mushagiga qon va kislorod yetishmasligi bilan kechadigan surunkali yoki o'tkir kasalliklar guruhi.
Ateroskleroz	Qon tomir devorlarining yog' moddalari to'planishi natijasida torayishi.
Stenokardiya	Qisqa muddatli, takrorlanuvchi ko'krak qafasi og'rig'i.
Miokard infarkti	Yurak mushagining nekrozi – qon yetishmovchiligi natijasida o'lishi.
Sistolik disfunksiya	Yurak siqilishining yomonlashishi.
Koronar angiografiya	Yurak qon tomirlarini kontrast modda yordamida tekshirish usuli.
Nitratlar	Yurak mushagini kislorod bilan ta'minlash uchun ishlatiladigan dorilar.
Beta-blokatorlar	Yurak urishini sekinlashtirib, kislorod talabini kamaytiruvchi dorilar.
Antiagregant dorilar	Tromblar hosil bo'lishini oldini oluvchi dorilar (aspirin, klopidogrel).
O'tkir revmatik isitma	Streptokokk infektsiyasi (odatda bo'g'iz)dan keyin yuzaga keladigan surunkali yurak, bo'g'im va asab tizimining yallig'lanish kasalligi.
Streptokokk	Beta-gemolitik Streptococcus bakteriyasi – asosiy sababchi.
Farangit	Bo'g'iz yallig'lanishi, tez-tez revmatik isitmaning

	boshlanishi.
Kardit	Yurak qopqoqchalar, miokard va perikard yallig‘lanishi.
Poliartrit	Bir nechta bo‘g‘imlarning yallig‘lanishi.
Leukotsitoz	Qonda oq qon tanachalarining ko‘payishi.
C-reaktiv protein (CRP)	Yallig‘lanishni ko‘rsatadigan laboratoriya ko‘rsatkichi.
Antistreptolizin-O (ASO) titri	Streptokokk infeksiyasining ko‘rsatkichlaridan biri.
Diagnostika	Klinika + laboratoriya ko‘rsatkichlari + Jones kriteriylari.
Jones kriteriylari	O‘tkir revmatik isitma diagnostikasida asosiy belgilar va yordamchi belgilar to‘plami.
Yurak orttirilgan nuqsonlari	Tug‘ma bo‘lmagan, vaqt o‘tishi bilan rivojlangan yurak qopqoqchalari yoki boshqa yurak tuzilishlarining patologik o‘zgarishi.
Mitral qopqoq	Chap bo’lmacha va chap qorincha o‘rtasidagi qopqoq.
Aortal qopqoq	Chap qorincha va aorta o‘rtasidagi qopqoq.
Trikuspidal qopqoq	O‘ng bo’lmacha va o‘ng qorincha o‘rtasidagi qopqoq.
Mitral stenoz	Mitral qopqoq torayishi, qon oqimini cheklaydi.
Mitral regurgitatsiya	Mitral qopqoq yetishmovchiligi, qon ortga oqadi.
Aortal stenoz	Aortal qopqoq torayishi, yurakdan aortaga qon oqimini qiyinlashtiradi.

Aortal regurgitatsiya	Aortal qopqoq yetishmovchiligi, qon aortadan qorinchaga qaytadi.
Surunkali gastrit	Oshqozon shilliq qavatining uzoq muddatli yallig‘lanishi.
Oshqozon	Ovqatni qabul qiluvchi va hazm qiluvchi organ.
Shilliq qavat	Oshqozon devorini qoplab turuvchi himoya qatlam.
Helicobacter pylori	Oshqozon shilliq qavatida yallig‘lanishga sababchi bakteriya.
Eroziv gastrit	Oshqozon shilliq qavatida eroziya (shikastlanish) mavjud bo‘lgan holat.
Gastrin	Oshqozon kislotasini boshqaruvchi gormon.
Antibakterial terapiya	Helicobacter pylori ni yo‘q qilish uchun antibiotiklar (amoksicillin, klaritromitsin, metronidazol).
Probiotiklar	Oshqozon-ichak mikroflorasini tiklash uchun dorilar.
Pielonefrit	bu buyrak parenximasining va piyelonefrit tizimining yallig‘lanishi kasalligi.
Dizuriya	siydik chiqarishda og‘riq yoki qiyinchilik.
Glomerulonefrit	buyrak glomerullarining yallig‘lanishi kasalligi.
Proteinuriya	siydikda oqsil miqdorining oshishi.
Oliguriya	siydik miqdorining kamayishi.
Dializ	buyrak yetishmovchiligi holatida qonni sun’iy tozalash usuli.
Revmatoid artrit (RA)	surunkali autoimmun kasallik bo‘lib, asosan bo‘g‘imlarning yallig‘lanishi bilan kechadi.
Bo‘g‘im	surunkali yallig‘lanish natijasida bo‘g‘im shaklining

deformatsiyasi	o‘zgarishi.
Remissiya	kasallik simptomlarining kamayishi yoki vaqtincha yo‘qolishi.
Anemiya	qonda gemoglobin miqdori yoki qizil qon hujayralari (eritrotsitlar) sonining pasayishi holati.
Mikrositer anemiya	qizil qon hujayralari kichik o‘lchamda bo‘lgan anemiya, odatda temir yetishmovchiligidan kelib chiqadi.
Makrositer anemiya	qizil qon hujayralari katta o‘lchamda bo‘lgan anemiya, ko‘pincha B12 vitamini yoki foliy kislotasi yetishmovchiligi bilan bog‘liq.
Aplastik anemiya	qonda barcha turdagi qon hujayralari ishlab chiqarilishi kamayishi bilan bog‘liq surunkali anemiya.
Hemolitik anemiya	qizil qon hujayralari normaldan tezroq parchalanishi natijasida yuzaga keladigan anemiya.
Megaloblastik anemiya	gematopoetik to‘qimalarda megaloblastlar paydo bo‘lishi bilan kechuvchi anemiya, odatda B12 yoki foliy kislotasi yetishmovchiligi sababli.

NASIROVA A.A.

"ICHKI KASALLIKLAR"

O'quv qo'llanma

"ARTEX NASHR"

Mas'ul muharrir — Madina Mirzakarimova

Musahhih — Madina Mirzakarimova

Texnik muharrir — Raxmonov Shohimardon

Dizayner va sahifalovchi — Raxmonov Shahzod

"ARTEX NASHR" bosmaxonasida chop etildi.

Alisher Navoiy ko'chasi 27 - uy

Bosishga 26.11.2025 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami 4

Bichimi 60x841/16. "Times New Roman" garniturasi. 6.57 bosma taboq·

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 140 / 11.12.2025

Tel:(97) 897-80-00

9 789910 846748