

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
УМУМий АМАЛИЁТ ВРАЧИ ТАЙЁРЛАШ КАФЕДРАСИ**

**КАРДИАЛГИЯЛАР. КИЁСИЙ ТАШХИС.
УМУМий АМАЛИЁТ ВРАЧИ ТАКТИКАСИ**



Услубий қўлланма

Билим соҳаси : 500000 –Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот

Таълим соҳаси : 510000 –Соғлиқни сақлаш

Таълим йўналишлари : 5510100 –Даволаш иши

5111000 –Касбий таълим

5510700- Олий ҳамширалик иши

Бухоро-2014

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧЛАРИ ТАЙЁРЛАШ КАФЕДРАСИ

“ Т А С Д И Қ Л А Й М А Н

“

Бухоро давлат тиббиёт институт
ректори _____ Т.А.Аскарлов
“ _____ ” _____ 2014 йил

Кардиалгиялар. Қиёсий ташхиси. Умумий амалиёт врачи тактикаси

Билим соҳаси: 500000-Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот

Таълим соҳаси 510000-Соғлиқни сақлаш

Таълим йўналишлари : 5510100 –Даволаш иши

5111000-Касбий таълим (Даволаш иши)

5510700-Олий ҳамширалар иши

Тузувчилар : Жўраева Ҳ.И- УАВ тайёрлаш кафедра катта ўқитувчиси, т.ф.н

Кафедра ассистентлари : т.ф.н. Аслонова Ш.Ж

Жабборова М.Б

Ашурова Н.Г

Такризчилар: Қосимов Ш.З-Тошкент врачлар малакасини ошириш институти

УАВ тайёрлаш кафедраси мудири., доцент

Ҳазратов Ў.Ҳ. –Бухоро давлат тиббиёт институти ИКП ва ОҲИ
кафедраси катта ўқитувчиси, т.ф.н

Услубий қўлланма Институт Марказий услубий комиссиясининг “ 28-апрел 2014 й “ 8-сон
мажлиси йиғилишида кўриб чиқилди, баённома №8

МУК раиси :

С.Ш. Олимов

Институт илмий кенгашининг “ 29-апрел 2014 йил ” 9-сон йиғилишида кўриб чиқилди
баённома №9

Илмий кенгаш котиби :

Б.Б. Муаззамов

Кириш сўзи:

Давом этувчи ёки такрорланувчи кўкрак қафасидаги оғриқлар шунчалик тез-тез учрайдики фақатгина оғир ҳолларда врачга мурожаат қилинади. Қисқа муддатли хуружсимон оғриқлар стенокардиянинг ягона ва асосий симптомларидан бири бўлиб ҳисобланади. Бу хуружлар кам учраганда беморларни иш қобиляти сақланган бўлади, унинг тез-тез такрорланишида эса инфаркт олди ҳолати намоён бўлиб ва бу беморни тезда шифохонага ётқизишни талаб этади. Кўкрак қафасида пайдо бўлган оғриқнинг сабабини аниқлашда фақат клиник текширишни ўзи етарли бўлмайди. Лекин шунга қарамай клиник текширув натижалари етарли даражада бўлмаслигига қарамай беморга қуйиладиган тахминий ташхисни шакллантиришга ва кейинги ташхисий иш режасини тузишда ёрдам беради. Оғриқлар бўйича шошилиш ёрдамга мурожаат қилиш кўкрак қафасидаги оғриқлар (торакалгия) қориндаги оғриқлардан кейин иккинчи ўринда турадиган оғриқлар турига киради. Оғриқлар бўйича 100 мингта мурожаат қилганлардан сўралганда сурункали торакалгиянинг тарқалиши 25,4 ни ташкил этган. 1996 йилда ўлим кўрсаткичи = 148,186 га тенг бўлган; Юрак қон томир касалликларнинг тарқалиши= 272,216; стенокардия 1.4 млн.аҳоли орасида кузатилган; Ҳар йили 300,000 инсонларда - МИ кузатилмоқда. Буларнинг тенг ярмида эса касалликнинг 28 кунда ўлим юз бермоқда.

МАВЗУ: КАРДИАЛГИЯЛАР. КИЁСИЙ ТАШХИС. УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧИ ТАКТИКАСИ

• **Мавзу ўтказиш жойи:** Ўқув хонаси, УАВ кабинети

Машғулотнинг жихозланиши: бемор, ЭКГ аппарати, муляжлар, вазиятли масала ва тестлар тўплами

Машғулотнинг давомийлиги: 6 соат

Машғулотнинг мақсади: Талабаларга юрак соҳасида оғриқлар билан кечадиган касалликлар киёсий ташхиси, диагностикаси, ҳамда соғлиқни сақлашнинг бирламчи босқичи шароитида беморни олиб бориш принцип-ларини, “УАШ тоифаси характери” даражасида кўриқларни олиб боришни.

Вазифалар:

1. Юрак соҳасида оғриқла диф. диагностикасига тегишли саволларни кўриб чиқиши.
2. Юрак соҳасида оғриқлар билан бемор курацияси.
3. Хирургик даволашга кўрсатмаларни, ЮИК нинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасини муҳофафа қилиши.
4. Ушбу мавзу бўйича электрокардиограмма олиш ни машқ қилиш.
5. УАВ квалификациян характеристиксига асосланган ҳолда муаммони хал қилиши и олиб бориши керак
6. Даволаш тамоилларини муҳофафа қилиш (номедикаментоз ва медикаментоз).
7. ҚВП ва ОП шароитида беморни олиб бориш, назорат қилиш ва мониторинг тамоиллари.
8. Ушбу касалликни бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикси тамоиллари.

Талабалар билиши лозим:

- ✓ Юрак соҳасида оғриқлар киёсий диагностикасига тегишли саволларни кўриб чиқиши.
- ✓ Стенокардияли беморларни намоёиш қилиши.

- ✓ Хирургик даволашга кўрсатмаларни, ЮИК нинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасини муҳокама қилиши.
- ✓ Ушбу мавзу бўйича электрокардиограмма олиш ни маъқ қилиш.
- ✓ УАВ квалитикацион харақтеристиксига асосланган холда муаммони хал қилиши и олиб бориши керак
- ✓ Даволаш тамоилларини муҳокама қилиш (номедикаментоз ва медикаментоз).
- ✓ ҚВП ва ОП шароитида беморни олиб бориш, назорат қилиш ва мониторинг тамоиллари.
- ✓ Ушбу касалликни бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикси тамоиллари.

Қила олиши керак:

- ✓ Юрак сохасида оғриқ билан бемор шикоятни ва анамнезини тахлил қилиш.
- ✓ Турли касалликларда юрак сохасидаги оғриқлар клиникаси ва ЭКГ белгиларинга асосланган холда ташхислаш ва солиштириш.
- ✓ Самараси исботланган дори восмталарини танлаш
- ✓ Консултация қилиш ва медикаментоз даволаш усуллари.
- ✓ КВП ва СП шароитида мониторинг қилиш.

Кўкрак қафасида оғриқ бор бемор муаммосини хал қилишда талаба нимани бажара олиши керак:

№	Кўникмалар	Таянч даражаси
1	Бемор ва унинг қариндошларидан сўраб суриштириш	• Талаба тўғри ташхис қўйишда ёрдам берувчи қисқа ва аниқ рационал саволлар бера олиши керак. • Талаба бемор шикоятларини мақсадли йўналтириб аниқлашни ва баҳолашни билиши керак. • Талаба касаллик анамнезини тахлил қила олишни билиши керак: касаллик бошланишини, биринчи симптомларини, унга боғлиқ сабабларни ва ривожланиш динамикасини. • Талаба ҳаёт анамнезини тахлил қила олишни билиши керак: хавф омилларини аниқлашни, ота-онаси ва яқин қариндошлари соғлиғини.
2	Хавф омилларини аниқлаш	Талаба объектив нуқтаи назарга ёндошган холда бемордан сўраб суриштириш жараёнида бошқариб бўладиган ва бошқариб бўлмайдиган хавф омилларини аниқлай олиши керак.
3	Тана масса индексини ҳисоблашни	Талаба қуйидаги белгиларни аниқлай олиши керак: - вазн етишмовчилиги - ортиқча вазн
4	Артериал қон босимини ўлчашни	Талаба кадамба- кадам принципи асосида тонометрия ўтказишни билиши керак.
5	Тери кўригини ўтказишни	Талаба қуйидаги белгиларни аниқлай олиши керак: - ўраб олувчи темиртки учун харақтерли белгиларни. Талаба совуқ, нам ва рангпар тери мавжуд бўлганда аниқлай олишни.
6	Уйқу, биллак ва сон	Талаба кўрсата олиши керак:

	артерияларида пульсни аниқлашни	- пульс бор ёки йўқлигини Талаба билак артерияси хусусиятини баҳолай олишни билиши керак.
7	Оёқ ва қўллар кўриги	Талаба кўрсата олиши керак: - шишларни -оёқлардаги варикоз кенгайган веналарни
8	Сут беги кўриги	Талаба сут беги пальпацияси ва ҳосила (туғун) борлигини аниқлай олишни бажара олиши керак.
9	Кўкрак қафаси пальпациясини ўтказиши	Талаба кўрсата олиши керак: - кўкрак, ковурағалар соҳасида жойлашган оғриқли нуқталарни.
10	Нафас аъзоларининг пальпация, перкуссия ва аускультациясини ўтказиши	Талаба баҳолай олиши керак: - кўкрак қафаси экскурсиясини - овоз дириллашини - ўпка товуши ўзгаришини ва унинг интерпритациясини - нафас типларини - нафас шовқинлари ва хириллашлар бор йўқлигини
11	Юрак-қон томир тизимини пальпация, перкуссия ва аускультациясини ўтказишни	Талаба қуйидаги белгиларни аниқлай олиши керак: - юрак бўлимларининг гипертрофиясини Талаба баҳолай олиши керак: - юрак тонларини; - юрак шовқинлари бор бўлганда, уларнинг эпицентрини ва юрак фаолиятининг қайси фазасига тегишли эканлигини (систолик ёки диастолик шум) аниқлашни; - юракнинг функционал шовқинларини органик шовқинлардан фарқлашни билиши керак. - перикард ишқаланиш шовқинини
12	Қорин бўшлиғи аъзоларини пальпация, перкуссиясини ўтказишни	Талаба қориннинг юза ва чуқур пальпациясини бажаришни билиши керак. Талаба аниқлай олиши керак: - ўткир қоринни - гепатомегалия ва спленомегалияни. Талаба баҳолай олиши керак: - қорин бўшлиғидаги барча турдаги ҳосилаларни.
13	Умurtқа поғонасини баҳолашни (кўрик ва пальпация, ҳамда функционал синамаларни)	Талаба кадамма-кадам принципи асосида умurtқа поғонаси текширувини ўтказишни бажара олиши керак. Талаба белги ёки симптомларни аниқлай олиши керак: - патологик лордоз ва кифозни - умurtқа поғонаси қийшайишини - функционал бузилишларни - умurtқа остеохондрози учун характерли белгиларни

14	Неврологик кўрик ўтказишни.	1. Талаба кадамма-қадам принципи асосида сезги сферасини баҳолашни ва белгиларни аниқлашни билиши керак: - сезги бузилишлари (аналгезия, гипалгезия, гипостезия, анестезия, парастезия, дизестезия ва б.). 2. талаба рефлексларни баҳолашни (неврологик болғачани кўллаб) ва белгиларни аниқлашни билиши керак: - гиперрефлексия - гипорефлексия - арефлексия 3. талаба ҳаракат функциясини ва унинг бузилиш белгиларини баҳолашни билиши керак 4. талаба орқа миёна бузилиш симптомларини кўрсата олиши керак.
15	Офтальмоскопия ўтказишни	Талаба кадамма-қадам принципи асосида офтальмоскопия ўтказишни ва кўз тубини кузатишни, ҳамда белгиларини кўрсата олиши керак: - артериовеноз кесилишларидаги ўзгаришларни
16	ЭКГ олишни ва ўқишни	1. Талаба кадамма-қадам принципи асосида ЭКГ ёзишни бажара олиши керак. 2. Талаба ЭКГ натижаларини ўқий олиши ва белгиларини кўрсата олиши керак: - миокард ишемияси - миокард инфаркти - юрак қисмлари гипертрофиясини.
17	Клиник ва биохимик анализларни интерпретация қилиши	Талаба белгиларни кўрсата олиши керак: - нахорги гликемиянинг бузилишини - глюкозага толерантликнинг бузилишини - дислипидемияни
18	Ўпканинг рентген тасви-рини интерпретация қилиши	Талаба белгиларни кўрсата олиши керак: - пневмония - пневмоторакс - плеврит - ўпка раки ва туберкулези
19	Кўкрак қафасида оғриқ билан кечувчи касаллик-ларни бир биридан фарқ-лашни	Талаба касалликларни фарқ қилувчи жиҳатларига (анамнез, объектив кўрик ва лаборатор-инструментал текширувлар) қараб фарқлашни билиши керак
20	Номедикаментоз тавсия беришни	Талаба бажара олиши керак: - беморга ўзини идора этишни ўргатишни - парҳез ҳақида тушунча беришни - соғлом турмуш тарзи ҳақида тушунча беришни.
21	Кўкрак қафасида оғриқ билан кечувчи касал-ликларни	1. Талаба эффективлиги исботланган дори воситаларини танлай олиши билиши керак.

	даволашда дори воситаларини рационал қўллаш	2. Дори воситасини танлашда талаба баҳолай олиши керак: - самарадорлигини - хавфсизлигини - қулайлигини - тежамкорлигини
22	Касаллар мониторингини ва кузатувини ташкил қилиши	Талаба мониторинг ўтказиш ва назорат қилишни амалга оширишни билиши керак: - қонда глюкоза миқдорини - АҚБ даражаси. - қонда липидлар даражасини - ЭКГ назоратини

Мотивация

Стенокардиянинг турли вариантлари билан хасталанган купчилик беморлар тиббий ёрдамга мухтож. Бунда УАШ тактикаси курак ккафасидаги огрик диагностикасига қаратилади, бу группа беморларига тиббий ёрдам курсатиш, КВП ва ОП шароитида даволаш ёки махсус стационарга жунатиш. Ушбу курсатма УАШ ни тайёрлашда асосий қўлланма бўлиб ҳисобланади.

Ички ва Фанлараро боғлиқлик.

Анатомия, Гистология эмбриология ва цитология, Биология, Нормал физиология, Биохимия, Патологик анатомия, Патологик физиология, Топографик анатомия ва оператив хирургия, Ички касалликлар пропедевтикаси, Туберкулез, Онкология, Рентгенология ва тиббий радиология, Физиотерапия, Эндокринология, Факультет терапия, Госпитал терапия

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг ички касалликлар фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги инфор­мацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади

Мазкур услубий қўлланма юрак соҳасида оғриклар билан кечувчи касалликлар таснифи, хавф омиллари, патогенези, гиперхолестеринемия, аспиринни қўллаш, стенокардия клиник вариантлари, клиник ва ЭКГ диагностикаси, инфарктдан кейинги кардиосклероз, миокардитлар, перикардит, миокардиодистрофиялар клиникаси киёсий ташхис, давоси, шошилиш ёрдам ва УАВ тактикаси батафсил ёритилган. Шу билан биргаликда юрак ишемик касаллигини бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикаси тўғрисида айтиб ўтилган.

Ушбу услубий қўлланмада мавзунинг технологик модел ва карталари асосида режалаштириб, мавзунинг мақсади ва вазифалари, мавзуда фойдаланилган замонавий педагогик усуллар ва талабаларга берилган кенг миқёсида матнлар слайдлар билан ва

талабаларнинг шу мавзуга тегишли мустақил ишлари ва уларнинг билимини рейтингини мезонлари билан ёритилган

Оғриқ касалликнинг энг асосий симптомларидан бири ҳисобланилади. Даволашнинг самарадорлиги унниг келиб чиқиш сабабларига, кучайтирувчи омилларига боғлиқдир. Юрак соҳасидаги оғриқлар (кардиалгия) – аҳолини тез ёрдамга мурожаат қилишларининг энг кўп сабабларидан биридир. Ҳар йили бир неча миллион аҳоли шу симптом сабабли тез ёрдамга мурожаат қилади.

Юрак соҳасидаги оғриқлар турлича кузатилиши мумкин. Уни ҳар доим ҳам тасвирлаш қийиндир. Оғриқлар бунчалик кучли бўлмаган ачитувчи ҳисдек ёки жуда кучли зарбадек туюлади. Юқоридагиларни инобатга оладиган бўлсак, агарда оғриқни сабабини аниқлай олмасангиз, айниқса юрак қон томир касалликларини хавф гуруҳига тегишли бўлганлигини билсангиз унда ўзингиз беморни уйда даволашга бекорга вақтини кетгизманг.

✓ Миокард ишемияси сабабли келиб чиққан оғриқни, кўкракдаги бошқа сабаблар билан келиб чиққан оғриқ билан таққослаш зарур.

✓ Юрак ишемик касалликлари (ЮИК) билан боғлиқ бўлмаган кўкракдаги оғриқлар (кўпинча хавфли касаллик) тез ёрдамга муҳтож бўлган хавфли касалликларга (масалан, перикардит, аорта аневризмаси, ТЭЛА) олиб келиш хавфи борлигини инобатга олиш керак.

Юрак ишемик касаллиги профилактикаси .

Юрак ишемик касаллигининг (ЮИК) бирламчи ва иккиламчи профилактикаси тафовут килинади. ЮИКнинг бирламчи профилактикаси касаллик бошланмасдан олдин қатор махсус чора – тадбирлар (атеросклеротик жараён кучайишини секинлаштирувчи омилларга таъсир кўрсатиш) олиб боришдан ташкил топган. ЮИК нинг иккиламчи профилактикаси мавжуд касалликда касалликнинг кучайиб кетишини ва кейинги асоратларини олдини олишга қаратилган.

ЮИК хавфли омиллари..

ЮИКнинг мавжуд хавфли омиллари (1-жадвал) ўзгартириб (бошқариб) бўладиган ва ўзгартириб (бошқариб) бўлмайдиганга бўлинади.

1-жадвал.

ЮИК хавфли омиллари..

Ўзгартириб (бошқариб) бўлмайдиган	
Ёш	
Жинс	
ЮИК оилавий анамнез	
Ўзгартириб (бошқариб) бўладиган	
Чекиш	
АГ	
Дислипидемия, умумий холестерин концентрациясининг юқорилиги, паст зичликдаги липопротеин (ПЗЛП) концентрациясининг юқорилиги, нисбий зичлиги баланд липопротеид холестерин концентрациясининг пастлиги, триглицеридлар микдо-рининг	

юкорилиги
 Гипергликемия ва кандли диабет
 Семизлик
 Гипергомоцистеинемия

Оилавий анамнез

ЮИК ривожланиш хавфи юкори

- ✓ Яқин қариндошларида ЮИК бўлса (иккинчи даражадаги қариндошларда – амаки-тоға, хола-амма, буви ва боболарга нисбатан биринчи даража қариндошлар- ота- оналар туғишган ака-укалар, опа-сингиллар, ўғиллар, қизлар учун муҳим;
- ✓ Оилада ЮИК билан бир неча беморлар бўлса;
- ✓ ЮИК қариндошлар орасида нисбатан ёшларида ривожланса (эркакларда 55 ёшгача, аёлларда 65 ёшгача).

Ёш

ЮИК касалланиш ва ёш ўртасида боғлиқлик аниқланган (ёш қанча катта бўлса, шунча атеросклероз кучли намоён бўлади ва ЮИК билан касалланиш эса юкори)

Жинс

55 ёшгача ЮИК билан касалланиш аёлларда (бунда АГ, гиперлипидемия, кандли диабет, эрта менопауза билан аёллар мустасно) нисбатан эркакларда бир неча баравар кўп учрайди. 55-60 ёшдан кейин ЮИК эркак ва аёллар орасида нисбат тенглашади.

Тамаки чекиш

Чекиш ЮИК ривожланиш хавфини 2 баравар оширади. Чекиш кўпинча нохуш ҳолатларга, жумладан қонда вақтинчалик фибриноген миқдори, тромбоцитлар агрегациясини оширади, тож артерияларни торайтиради, ЮЗЛП (юкори зичликдаги липопротеинлар) миқдори камайтиради ва б.к. Бундан ташқари, тамаки тутунидаги моддалар эндотелияни зарарлайди, унинг функциясини ўзгартиради (эндотелиал дисфункцияси) ва силлик мускул хужайралари пролиферациясига олиб келади (охирида атерома ҳосил бўлади). Чекишни тўхтатиш миокард инфаркти хавфини камайтиришига олиб келади. Лекин чекишнинг асосий таъсири тўсатдан юрак ўлими частотасига таъсир кўрсатади. Чекишни ташлаш юрак қон томир патологияси юзага келиш хавфини камайтиради. Бу эса яқин йилларда чекмайдиганлар даражасига етади.

Артериал гипертензия

АҚБнинг баландлиги (ҳам систолик, ҳам ва диастолик) ЮИК ривожланиш хавфини 3 марта оширади.

Қандли диабет

I типдаги қандли диабетда инсулиннинг танқислиги ЛПЛаза фаоллигини пасайишига, мос равишда триглицеридлар синтезининг ошишига олиб келади. II типдаги қандли диабетда кўпинча дислипидемия ЎПЗЛП (ўта паст зичликдаги липопротеинлар) синтезининг ошиши ва ЮЗЛП (юкори зичликдаги липопротеинлар) миқдори пасайиши кузатилади. Бундан ташқари қандли диабет кўпинча семизлик ва АГ билан биргаликда учрайди.

Кам ҳаракат ҳаёт тарзи

Кам ҳаракат ҳаёт тарзи ЮИК ривожланиш хавфини оширади.

Семизлик

Ортикча тана вазни ва семизлик дислипидемия, АГ ва қандли диабетга сабаб бўлади.

Эстрогенлар танқислиги

Эстрогенларнинг вазопротектив самараси мавжуд. Менопаузагача аёлларда ЮЗЛП микдори юкори, ПЗЛП микдори паст булиб, шу ёшдаги эркакларга нисбатан уларда ЮИК ривожланиш хавфи кам бўлади. Менопаузада эса эстрогенларнинг ҳимоя таъсири пасаяди ва ЮИК ривожланиш хавфи ўсиб боради.

Хавфли омилларни баҳолаш

Бир неча омилларнинг борлиги ЮИК ривожланишини бир неча бараварга оширади. ЮИК ривожланиш хавфини баҳолашда куйидаги параметрлар аникланади.

- ✓ Ўзгартириб бўлмайдиган хавф омиллари –ёш, жинс, оилавий анамнез.
- ✓ Бемор ҳаёт тарзи - чекиш, жисмоний фаолликнинг етишмаслиги, нотўғри овқатланиш.
- ✓ Қандли диабетнинг борлиги.
- ✓ Бошқа хавфли омилларнинг борлиги- ортикча тана вазни, АГ, қондаги липидлар ва глюкоза микдори.
- ✓ Тана вазнини баҳолашда тана массаси индексига ёндашиш керак: - тана массасининг (кг) бўйига (в м²) нисбати (Жадвал.2). Тана массасини баҳолашда бундан ташқари висцерал (абдоминал) семизликни: эркакларда бел айланаси 102 см, аёлларда эса 88см дан кўп бўлмаслигини ҳисобга олиш керак.

Жадвал 2

Тана массаси индекси асосида семизликни баҳолаш (ЖССТ, 1995)

Тана массаси индекси	ЖССТ таснифи
18,5дан кам	Тана массаси пасайиши
18,5-24,9	Тана массаси меъёрда
25-29,9	1 даражадаги ортикча тана массаси
30-39,9	2 даражадаги ортикча тана массаси
40 дан куп	3 даражадаги ортикча тана массаси

Бирламчи профилактика

ЮИКнинг бирламчи профилактикаси чора тадбирларида хавф даражасини баҳолаш муҳим. Шу мақсадда бир неча рискометрлар ишлаб чиқилган. Улардан бирида яқин 6 йилда ЮИК эҳтимоллиги (улим ва улим юз бермаган коронар ҳолатлар) ҳисоблаб чиқилган. Бунинг учун жинс, чекиш, систолик АКБ ва қондаги умумий холестерин микдорини ҳисобга олиш керак. Юкори (хавф 20% дан кўп) ва ўрта ва паст хавф (хавф 20% дан кам) гуруҳларига ажратилади.

Хавф 5% дан кам

Абсолют хавф 5% дан кам ва умумий холестерин микдори 5 ммоль/лдан кўп бўлганда ҳаёт тарзини ўзгартириш борасида чора- тадбирлар олиб борилиб, холестерин микдори 5

ммоль/л (190мг%) ва ПЗЛП 3 ммоль/л (115мг%) дан пастга туширилади ва ҳар 5 йилда назорат қилинади

Хавф 5% дан кўп

Юрак қон томир касалликларидан ўлим 5% дан кўп бўлганда қондаги умумий холестерин ва ПЗЛП, триглицеридлар миқдорини аниқлаш керак. Кейинчалик 3 ой мобайнида ҳаёт тарзини ўзгартириш чора тadbирлари тўғрисида маслаҳат бериш ва қондаги липидлар миқдорини қайтадан текшириш керак. Умумий холестерин миқдори 5 ммоль/л(190мг%) дан кўп ва/ёки ПЗЛПлар 3 ммоль/л (115мг%) дан кам бўлганда номедикаментоз даво чораларини сақлаган ҳолда антигиперлипидемик воситалар билан давони бошлаш зарур. Умумий холестерин миқдори 5 ммоль/л дан ва ПЗЛП 3 ммоль/л (115%) дан кам бўлганда қондаги липидлар миқдорини 1 йилда 1 марта назорат қилган ҳолда ҳаёт тарзини ўзгартириш чора тadbирларини олиб бориш керак.

Иккиламчи профилактика

ЮИК бор беморда иккиламчи профилактика ҳаёт тарзини ўзгартириш, хавфли омилларга таъсир кўрсатиш, дори воситаларини қўллаган ҳолда олиб борилади.

Ҳаёт тарзини ўзгартириш

- ✓ Суткалик овқат таркибида ҳайвон ёғлари миқдорини 30%га камайтириш
- ✓ Умумий ёғ миқдоридан туйинган ёғларни 1/3 гача камайтириш.
- ✓ Холестерин миқдори суткасида 300мг.дан ошмаслиги керак.
- ✓ Тўйинган ёғларни тўйинмаган ўсимлик ва денгиз маҳсулотлари ёғларига алмаштириш керак.
- ✓ Сабзавот, мевалар ва ёрмаларни купрок истеъмол қилиш.
- ✓ Ортиқча тана массасида умумий калория миқдорини камайтириш.
- ✓ Туз ва спиртли ичимлик истеъмолини камайтириш.
- Жисмоний фаолликни ошириш. Қўйидаги жисмоний машқлар тавсия қилинади: тез юриш, югуриш, сузиш, велосипедда ва чангида учиб, теннис, волейбол, аэроб жисмоний рақслар. Бу вақтда юрак ритми маскур ёш учун максималдан 60-70% дан ошмаслиги керак. Жисмоний машқлар давмийлиги 5- минутни ташкил қилиши керак. 5-10 минут разминка. 20-30 минут аэроб фаза, 5-10 минут якуний фаза. Машқлар ҳафтасида 3-5 марта доимий такрорланиб туриши керак. (узоқ давом этадиган машғулотларда ҳафтасида 2-3 марта)

Хавфли омилларга таъсир қилиш

- ✓ Тана массаси индекси 25кг/м²дан кўп бўлганда тана массасини парҳез ва доимий жисмоний машқлар ёрдамида тушириш мақсадга мувофиқ. Бу АҚБни, қонда умумий холестерин ва ПЗЛП концентрацияси пасайишига, ЮЗЛП миқдорининг кўтарилишига, инсулинга сезгирликнинг ошишига олиб келади.
- ✓ АҚБ баланд бўлганда номедикаментоз даво самара бермаса, антигипертензив дори воситалари буюриш керак. АҚБ 140/90 мм.см.уст.дан паст даражада бўлиши мақсадга мувофиқдир.
- ✓ Гиперхолестеринемияда ёки дислипидемиянинг комбинациялашган шаклида парҳез, кейинчалик антигипертензив воситалар ёрдамида умумий холестерин миқдорини 5 ммоль/л (190мг%) ва ПЗЛПлар эса 3 ммоль/л (115мг%)дан пастда тушириш керак (айниқса ЮИКнинг

аниқ белгилари бўлса). ЮИК ёки унинг эквивалентлари (2-типдаги қандли диабет, периферик ва уйқу артериялари атеросклерози, аорта аневризмаси) бор беморлар, ҳамда ЮИК ривожланиш хавфи юқори бўлган соғлом одамларда умумий холестерин ва ПЗЛП миқдори 4,5ммоль/л ва 2,6 ммоль/л.га мос равишда паст бўлиши керак.

Гиперхолестеринемия

Липид алмашинуви бузилиши (дислипидемии), биринчи навбатда қонда холестерин, триглицеридлар ва атероген липопротеидлар миқдори юқори бўлса, атеросклероз ва у билан патогеник боғлиқ юрак кон томир тизими касалликлари (МИ, ЮИКнинг сурункали шакллари, мия инсульти, оёқ артерияларининг облитерланган атеросклерози ва б.қ) нинг муҳим хавфли омиллари ҳисобланади.

Қонда умумий холестерин ёки унинг фракциялари концентрацияси касалланиш ва ЮИК ва атеросклероз оқибати сабабли ўлим билан бевосита боғланганлиги исботланган. Қонда умумий холестерин миқдори 200мг/дл (5,2ммоль/л)дан кам бўлганда ЮИКдан ўлим кўрсаткичи паст даражада эканлиги аниқланган. Унинг даражаси 5,3-6,5 ммоль/л атрофида бўлса ЮИК дан ўлим даражаси бироз кўтарилиши қайд қилинган. Умумий холестерин миқдори юқори концентрациясида (7,8 ммоль/лдан кўп) ўлим ҳолатлари кескин кўтарилишига олиб келади.

Бу маълумотларга асосланиб, умумий холестерин миқдори 5,2 ммоль/л дан паст бўлиши оптимал ёки аниқроғи «исталган» даража ҳисобланади. Умумий холестерин миқдори 5,3-6,5 ммоль/л чегара, 6,6 дан -7,7 ммоль/л-гача юқори, 7,8 ммоль/л – юқори ҳисобланади. Кўпгина ғарбий давлатларда умумий холестерин миқдорининг юқори бўлиши тахминан 25% катта ёшдаги аҳоли орасида учрайди. ПЗЛП учун «исталган» даража 130мг/дл (3,4 ммоль/л)ни, чегаравий-130-159 мг/дл (3,4-4,1 ммоль/л) ташкил қилади. Триглицерид-ларнинг «исталган» даражаси 1,7 ммоль/л ёки 130 мг/длдан кам бўлиши қабул қилинган.

Шунинг учун липидлар алмашинуви бузилишида юрак кон томир касалликларида, купгина иктисодий ривожланган давлатларда қари одамларда самарали профилактика утказиш мажбурийдир. Бу уларнинг иш қобилятини, жисмоний фаоллигини аниқлашга ёрдам беради.

Қон плазмасида липидларнинг учта асосий синфи мавжуд: 1) холестерин (ХС) ва унинг эфирлари; 2) триглицеридлар (ТГ) ва 3) фосфолипидлар (ФЛ). Атерогенез учун кўпроқ аҳамиятлиси холестерин ва триглицеридлар ҳисобланади. ХС, ТГ ва ФЛ оксиллар- апопротеинлар билан боғланган липопротеидлар (ЛП) асосий транспорт шаклдаги липидлар ҳисобланади.

ЛП зичлиги ва ҳажмига боғлиқ ҳолда бир неча синфлари фарқланади.

Хиломикронлар (ХМ) деярли 80-90% ТГни ташкил қилади. Улар асосан транспорт шаклидаги экзоген (озик–овқат маҳсулотлари) ТГ ҳисобланиб, уларни ингичка ичакдан скелет мушакларига, миокард ва ёғ тўқималарига олиб ўтади. Қон зардобидида улар липопротеинлипаза таъсирида глицеринлар ва эркин эстерифицирланмаган ёғ кислоталаригача парчаланади. Улар периферик органларда энергетик субстрат (β- оксидланган ёғ кислоталари) сифатида фойдаланилади. ХМ қолдиқларини (ремнантлар) гепатоцитлар тутиб олиб

ва тезда қондан чиқиб кетади:овқат қабул қилгандан бир неча соатдан сўнг қон зардобиди аниқланмайди.

Ўта паст зичликдаги липопротеинлар (ЎПЗЛП) –бу катта ва «бўш» ЛП булиб, тахминан 55% ТГ, 19% ХС ва фақат 8% оксиллар (апопротеинлар В-100, Е, С-I и С-II)дан ташкил топган. Бу синфдаги ЛП жигарда синтезланадиган эндоген ТГ бош транспорт шакли ҳисобланади. Қонга ўтган, ҳамда томир эндателиясига жойлашган ЎПЗЛП липопротеин-липаза таъсирига учрайди.

Натижада ТГ глицерин ва эстерифицирланмаган ёғ кислоталарига парчаланиб, ёғ тўқималари, миокард ва скелет мускулатураси томонидан энергетик субстрат сифатида фойдаланилади. ПЗЛП қолдиқлари ўртача зичликдаги, қисман паст зичликдаги липопротеидларга айланади ва кейинчалик жигар орқали қондан чиқиб кетади.

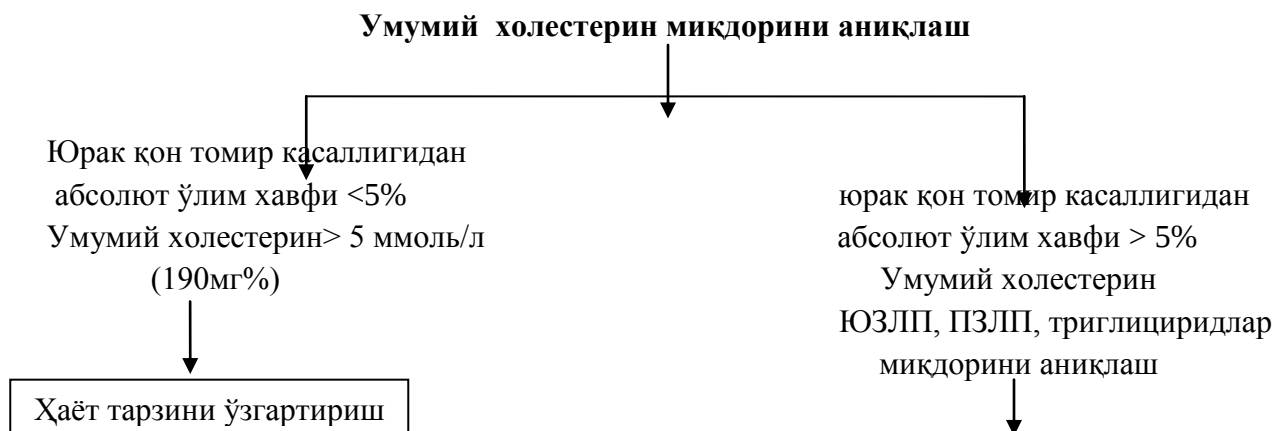
Паст зичликдаги липопротеинлар (ПЗЛП) жуда кичкина заррачалар бўлиб, ХС асосий транспорт шакли ҳисобланади. Улар 6% ТГ, максимал миқдор ХС (50%) ва 22% оксиллардан иборат. Тахминан 2/3 тез алмашинувчи ХС асосан жигарда синтезланади (эндоген ХС) ва фақат 1/3 организмга овқат орқали тушади (экзоген ХС).

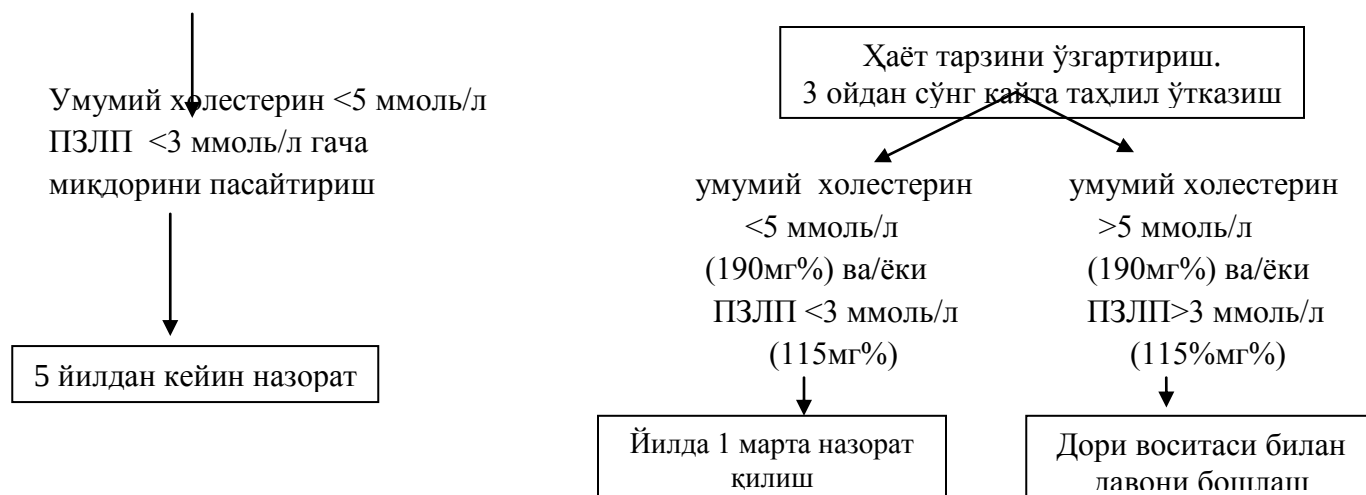
Липопротеин (а), ёки ЛП (а), ўзининг физик-химик хусусиятларига асосан ПЗЛПга яқин бўлиб, улардан қўшимча оксил-апопротеин қобиғи борлиги сабабли ажралиб туради. ЛП атероген ЛПлар қаторига киради: улар миқдорининг қонда баланд бўлиши атеросклероз ва ЮИК, ҳамда тромботик асоратлари ривожланиши хавфи юқори бўлади.

Юқори зичликдаги липопротеинлар (ЮЗЛП) — энг кичик ва қаттиқ заррачалар ҳисобланади. Улар 5% ТГ, 22% ХС ва энг кўп оксил (40%)- апопротеинлар А-I, А-II ва С сақлайди ва атероген хусусиятга эга ЛП ҳисобланади. Бу хусусият ЮЗЛПларнинг бошқа ЛП катаболизмига катнашиши билан аниқланади. ЮЗЛП ёрдамида периферик органлардан, жумладан артериал томир деворларидан, хиломикронлар юзасидан ва УПЗЛП ва макрофаглар, силлик мушак хужайралари, жигарда ХСнинг қайта транспорти юз беради

ЮЗЛП миқдорининг пасайиши сабаблари:

- ✓ Эркак жинсига мансублик;
- ✓ Бемор ёши (кариялар);
- ✓ Семизлик ва гипертриглицеридемиялар;
- ✓ Кўп миқдорда углеводлар истеъмол қилиш ва катталарда диабет борлиги;
- ✓ Чекиш;





Расм.1. Алгоритм «Липидларни назорат қилиш учун маслаҳатлар» (Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, 2003).

Аспирин, юрак қон- томир тизими касалликларини профилактика қилиш воситаси

Ацетилсалицилат кислотасининг гемостазга асосий таъсир қилиш механизмларидан аҳамиятлисидан бири шуки унинг селективлиги, циклоокси-геназу (ЦОГ) ферментини орқага қайтмас даражада модифицирлайди, бу арахидон кислотасидан простаноидларни ажратиб олишнинг биринчи босқичи ҳисобланади ва арахидон кислотасини боғланиш хусусиятини йўқотади. Бу препарат кичик бўлган дозаларда ЦОГ_1 изоформасига айнан таъсир қилади. Бу таъсир натижасида қонда айланиб юрган тромбоцитларни тромбосан А2 га айланиши тўхтайди, бу эса ўз навбатида проагрегант ва томирларни торайти-рувчи таъсирни йўқотади, хужайралар эндотелияси ва ошқозон шиллиқ қаватида эса простаглицин (простаглицин I2), ҳосил бўлишини камайтиради, тромбоцитлар агрегациясини сўндиради, ошқозон шираси томирларга кенгайтирувчи таъсир кўрсатади. Бундан ташқари простаглицинлардан E2, D2 ва F2 ҳосил бўлишини камайтиради.

Тромбосан А2 нинг ҳосил бўлиши тромбоцитларни бутунлай яшаш даврини (7-10 сутка) сўндиради. Бундан ташқари ацетилсалицилат кислотаси нисбаттан етилган мегакариоцитлардаги ЦОГни фаолиятини камайтиради. Шунинг учун препарат қанчалик организмдан тез чикиб кетишига қарамадан таъсири узок вақтгача сақланган бўлади. Биз биламизки ҳар куни 10% га яқин тромбоцитлар янгиланади, ацетилсалицилат кислотасини қабул қилгандан кейинги 5—6 суткаларида тахминан 50% тромбоцитлар нормал фаолият кўрсатади. Экспериментал ва клиник кузатишлардан шу маълумки ацетилсалицилат кислотасини тромбоцитлардаги ЦОГга таъсири, кичик дозаларда (75—100 мг) қабул қилинганда самарали тўйиниш натижасида пайдо бўлади.

Ацетилсалицилат кислотаси кичик дозада берилса унда простаглицин синтезланиши яққол намоён бўлмайди ва тромбоцитлардан ташқаридаги ЦОГ препаратларининг таъсирига сезувчанлиги кам, бундан ташқари функционал фаолиятини тўхтатиш ўрнига ферментнинг янги ядроли хужайраларини синтезлайди. Изоформ ЦОГ_2 ёрдамида простаглицин синтезланади, бунинг учун эса препаратнинг юқори дозалари ва қисқа интервал орасида

қабул қилиниши лозим. Бунда тромбоксан А2 нинг ҳосил бўлиши инкор этилмайди, лекин буни асосий манбааси тромбоцитлар бўлиб ҳисобланилади.

Фармакокинетика

Ацетилсалицилат кислотаси тезда (5—16 мин. ичида) ва тўлиқ ошқозон ва ичакнинг юқори қисмида сўрилади. Овқат қабул қилиш препаратни сўри-лишини секинлаштиради, лекин унинг яққол намоён бўлишига таъсир кўрсат-майди. Дорини кичик бўлақларга бўлинганлиги абсорбцияни кучайтиради.

Плазмада максимал концентрацияси 30—40 дақиқадан сўнг пайдо бўлади. Препаратнинг кўп қисми ингичка ичада сўрилиб, тезда етарли даражада ингичка ичакнинг шиллиқ қавати, жигар, эритроцитлар, плазмадаги эстеразалар ёрдамида тизим олди гидролизига учрайди. Бироқ ЦОГ_1 нинг изоформларини тромбоцитлардаги ацетилланиши қон айланишнинг портал тизими орқали ўтганда юз беради, ҳамда антитромбоцитар таъсири биоўтказувчанликга боғлиқ эмас. Ацетилсалицилат кислотасини кичик дозаларда берилса антитром-боцитар таъсир кўрсатиши секинлик билан ошиб боради; препарат максимал самара бериши учун қайта қабул қилиш керак бўлади. Тромбоцитларда А2 тромбоксан ҳосил бўлишини тўлиқ сўндириш учун бир марталик 100 мг ацетилсалицилат кислотасини қабул қилиш керак. Ичакда эрувчи қоплама би-лан қопланган таблеткалар ўзида таъсир этувчи моддаларни ажралиб чиқишитаблеткани ингичка ичакда тушгунича сақланади, бу ерда ацетилсалицилат кислотаси ишқорий муҳитда гидролизга учрайди.

Натижада ацетил салицил кислотаси абсорбцияси секинлашади ва био-ўтувчанлиги пасаяди. Конда препарат максимал концентрацияси 3-4 соатдан кейин пайдо булади. Ичакда эрувчи қобик билан қопланган таблетка эригандан кейин, самарадорлиги бошланиш тезлиги оддий дориларникидек булиб қолади. Ичакда эрувчи қобик билан қопланган ёки қопланмаган ацетил салицил кисло-тасини доимий қабул қилинганда, уларнинг самарадорлиги бир хил булиб қолади. Лекин 100мг дан ошмайдиган дозалар самарадорлиги аниқ тасдиқ-ланмаган.

Терапиядаги ўрни

Дозалаштириш хусусиятлари

Тромботик асоратларнинг давоси ва олдини олиш учун қўлланиладиган ацетилсалицилат кислотасининг дозасини диапазони 75-325 мг/сут.ни ташкил қилади. Ундан юқори дозаларни қўлланилиши дорининг самарадорлигини ошишига эмас, балки ошқозон ичак трактидаги ножуя реакциялар ривож-ланиши хавфини ошишига олиб келади.

Аввал ацетилсалицилат кислотасини қабул қилмаган беморларда препаратнинг таъсирини тез бошланиши учун 160—325мг дори воситасини сақлайдиган, ичакда эримайдиган қобик билан қопланмаган таблеткани чайнаб ютиш керак. Вена ичига юборишнинг ҳеч қандай устунлиги йўқ, агарда бемор ичга қабул қилиб бўлмаган ҳоллатларида парентерал қўлланилиши тасдиқ-ланган. Узоқ муддат ичга қабул қилиш учун ичакда эрийдиган қобик билан қопланган ва қопланмаган дори шакллариини қабул қилиш мумкин. Тавсияланадиган доза суткасида 75—160 мг 1 марта.ни ташкил қилади, алоҳида кўрсатмаларга кўра паст (50 мг/сут) ёки юқори (325 мг/сут.гача) дозаларда буюрилади. Ацетилсалицилат кислотасини қабул қилиш кўрсатмаси йирик илмий текшириш натижалари

(РКИ) га асосланган бўлиб, барча беморлар олдиндан аниқ кўрсатилган дозани қабул қилишади. Дозанинг индивидуал танлови мувофиқлиги ноаниқ.

5-40% беморларда ацетилсалицилат кислотасини қабул қилиниши тром-боцитлар агрегацияси ва/ёки тромбоксан А2 ҳосил бўлишининг сўниши кам намоён бўлади. Бироқ, бу феномен мувофиқлиги ва коррекцияси имко-нияти, тарқалганлиги, табиати, аҳамияти, оптимал диагностика усули, аниқ-лангунга қадар ацетилсалицилат кислотаси самарадорлигини баҳолашда тром-боцитлар функцияси аниқланиши маъдум бир беморга тавсия қилинмайди.

Кўрсатма

Юқори хавф гуруҳидаги касалларда МИ бирламчи профилактикаси.

Атеросклероз клиник белгилари бор касалларда ***тромботик асоратларнинг давоси ва иккиламчи профилактикаси***: МИ; ностабил ва стабил стенокардия; тери орқали миокард реваскуляризацияси; тожсимон артерияларни шунтлаш; ишемик инсульт ва кўчувчи мия қон айланиши бузилиши; периферик атеросклероз (кўчиб юрувчи оксокланиш).

Бўлмача ҳилпиллаши паст хавфи бор тромбозмболик асоратлар ёки бил-восита таъсирли антикоагулянтлар (БТАК)га қарши кўсатмаси бўлган бемор-ларда, бўлмача ҳилпиллаши. Ревматик митрал стеноз, агар БТАК қўлланилмаса

Механик сунъий юрак клапанли алоҳида касалларда қўшимча БТАК .

Артериал гипертензия. МИ, БМИ ёки ТИА да қон кетиш хавфи бўлмаса аспириinning паст дозалари (суткада 75-100 мг) тавсияланади. Шу билан бирга плазма креатини нисбатан кўтарилган 50 ёшдан катта бўлган беморларда паст дозали аспириnnи бериш кўрсатма ҳисобланади. Аспирин қўлланилишидан ССО хавфи пасайиши фойдаси, қон кетиш ривожланиши хавфидан юқорилиги исботланган. Геморрагик БМИ хавфи камайиши учун аспирин билан даволаш факат АБ ни адекват бошқариш билан бошланади.

Кўп кузатиладиган

Ножўя таъсирлари

Ошқозон-ичакдаги: диспепсия, кўнгил айланиши, кам ҳолларда яра, қон кетишлар. Доза оширилса хавф юқори бўлади. Агарда ошқозон-ичак шиллиқ қаватларига ножўя таъсирлари кузатилса, унда препаратни дозасини камай-тириш керак, ёки ичакларда эрийдиган ташқи томони қобиқ билан қопланган шаклларида фойдаланиш лозим. Лекин дорининг бундай шакллари ошқозон-ичакдан қон кетиш асоратини бермайди деган исботлар мавжуд эмас. Имкони борича бу препаратни овқатланиш пайтида ёки бир стакан сув, ёки сут билан ичиш тавсия этилади.

Кам учрайдиган ножўя таъсирлари

Аллергик реакциялар; Бронхоспазм. Компенсирлашган респиратор алкалоз. Буйрак функциясининг бузилиши (суткасига 325 мг.дан кам дозада қабул қилинса оддатда бундай ножўя таъсир якқол намоён бўлмайди; қарияларда гипоальбуминемия билан биргаликда келса, сурункали буйрак етишмовчилиги, гломерулонефрит, гломерулосклероз бўлганларда). Жигар функциясининг бузилиши. Болалардаги Рейе синдроми (энцефалопатия билан биргаликдаги жигарнинг шикастланиши).

Қарши кўрсатма ва огоҳлантириш

Салицилатларга нисбаттан аллергияси бўлганларда. Геморрагик диатез. Ошқозон-ичак йўллариининг эрозив-ярали шикатланиши. Касалликларнинг кўзиш фазаларида. Давомийли кон кетишларда. Оғир жигар етишмовчилигида.

Бронхиал астмаси бор беморлар, бурун полипозиди аллергия реакциялар кузатилиши мумкин.

НЯҚВ билан биргаликда қўллаш тавсия этилмайди (ЦОГ_1 ўзига боғлаб олиш зиддиятлари ортади, оқибатда ацетилсалицилат кислотасининг антитром-боцитар таъсири камаяди). Кўкрак билан эмизадиган аёллар ва 16 ёшгача бўлган болаларга тавсия этилмайди (Рей синдромини пайдо бўлиш хавфи ошади).

Стенокардия

Юрак ишемик касаллигининг клиник шаклларида бири бўлиб, юрак соҳасида хуружсимон оғриқ ёки дискомфорт ҳиссиётини кузатилиши билан кечадиган миокард ишемияси, (лекин некроз ривожланмаган), бу миокардга қоннинг кам келиши ва қислродга бўлган эҳтиёжнинг ошиши билан характерланади.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- 65 ёшгача бўлган шахсларда ЮИК дан ўлим сўнгги 20 йил ичида 50% га камайган бўлса ҳам умумий ўлим сони ўзгармай қолмоқда.
- Ёши 65 ёшгача бўлган эркакларда ЮИК дан ўлиш аёллардагига қараганда 3 марта юқори. Бундан катта ёшдагиларда иккала жинсдаги ўлим сони тенглашади, 80 ёшдан кейин эса аёлларда ўлим эркакларга нисбатан 2 марта кўпроқ.

СКРИНИНГИ

- ✓ Белгисиз беморларда скрининг ўтказиш (ЭКГ тинч ҳолатда, жисмоний юкламали ва бошқа инвазив бўлмаган синамалар) зарурати йўқ, лекин уларда хавф омиллари бўлмаса ҳам айрим касблар бундан мустасно.
- ✓ Одамлар хавфсизлиги билан боғлиқ касбий фаолият ёки оғир жисмоний меҳнат билан шуғулланувчи белгисиз беморларда ЮИК скрининги ўтказилади. Самолёт учувчилари, авиадиспетчерлар, милиция ходимлари, ўт ўчирувчилар ва шунга ўхшаш касб ходимларига тинч ҳолатда ЭКГ ва жисмоний юкламали синамалар буюрилади.
- ✓ Белгисиз беморларда скрининг учун электрон – нур томографиясини қўллаш мумкин эмас.

Стенокардияда оғриқларнинг характеристикаси:

Хуружсимон характерга эга бўлиб, яъни маълум бир шароитларда оғриқнинг бошланиш ва тугаш вақти аниқ бўлади:

- ✓ Оғриқ жисмоний зўриқишда пайдо бўлади (ҳаракат тезлашганда, юқорига кўтарилиш, совуқ шамол билан тўқнашув, овқаланишдан кейинги юришда ёки оғир юк кўтарганда) ёки эмоционал зўриқиш, совуқда ёки овқат-ланишдан сўнг ва тинч бўлганда (бир неча дақиқалардан) ёки нитроглицерин қабул қилгандан сўнг оғриқнинг йўқолиши.
- ✓ Стенокардияда оғриқ оддатда босувчи, локализацияси тўш орқасида, қўлга, пастки жағ соҳаси, бўйин, орқага тарқалади кам ҳолларда ҳансираш кузатилади.
- ✓ Хуруж кузатилмаса физикал текширув натижалари кам бўлади
- ✓ Турғун стенокардия функционал синфлар бўйича қуйидагилар бўйича тавсифланилади (ФС).

Функционал синфлар	Стенокардия хуружлари юзага келадиган шароитлар
<i>I синф</i>	Одатий кундалик жисмоний зўриқиш (юриш, зинапоядан кўтарилиш) стенокардия хуружларини чақирмайди. Хуружлар кучли, узок вақт давомида ва тез жисмоний зўриқишда пайдо бўлади;
<i>II синф</i>	Одатий жисмоний фаоллик бир оз чегараланган. Стенокардия хуружлари тез юрганда, зинапоядан тез кўтарилганда, меъёрдан кўпроқ овқат еб кўйганда ёки совуқ ҳавога чиққанда, об-ҳаво ўзгарганда, стресс ҳолатларида, тўшакдан тургандан кейинги биринчи соатларда; яхши шароитда ва одатий тезликда текис йўлда 500 м.дан кўпроқ масофага юрганда ёки зинапоядан биринчи қаватдан юқорига кўтарилганда пайдо бўлади;
<i>III синф</i>	Одатий жисмоний фаоллик кескин чегараланган. Стенокардия хуружлари яхши шароитда ва одатий тезликда текис йўлда 100- 500 м.гача масофага юрганда ёки зинапоядан биринчи қаватгача кўтарилганда пайдо бўлади.
<i>IV синф</i>	Ҳар қандай жисмоний ҳаракат (текис йўлда 100 м.гача масофага юрганда) стенокардия хуружлари ривожланишига олиб келади. Айрим ҳолларда тинч ҳолатда ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Бундан ташқари хуружлар тинч бўлганда ҳам, уйқу ўртасида, ҳамда худди зўриқиш стенокардиясининг хуружларига ўхшаб миокардинг кислородга бўлган метоболитик эҳтиёжи ошиб боради.

Атипик тури зўриқиш стенокардиясининг кўриниши (стенокардиянинг эквивалентлари): оғриқнинг жойи тўш орқасида бўлмасдан, фақатгина иррадиация зоналарида кузатилади, чап қўл мушакларини ҳолсизланиш хуружлари ва чап қўлнинг IV – V бармоқларининг қарахтланиши, беморда юрак етишмовчилигининг белгиларисиз ҳансираш кузатилади, тез юрганда йўтал, юқори жисмоний зўриқишда аритмиялар хуружи, юрак астмаси хуружлари кузатилади.

Стенокардиянинг барча босқичларини ташхислаш тўғри, тўлиқ ва аниқ йиғилган маълумотларга асосланган бўлади. Аниқ бўлмаган ҳолларда жисмоний зўриқиш синамаси ёрдам беради (велоэргометрик синама), коронар етишмовчиликни яширин турини аниқлаш мақсадида синамалар ўтказилади. Ташхисни қўйишда пайдо бўладиган саволларга қуйидаги кетма-кетлик схемасидан фойдаланиланилган ҳолда муаммони ечими аниқланилади: оғриқнинг табиати коронарми, инфаркт олди стенокардиянинг белгилари мавжудми, ҳозирдаги касалликнинг қўзиши ЮИК кечиши билан боғлиқми, ёки юракдан ташқари бўлган (ҳамроҳ) касалликлар таъсириданми? Агарда юқори-даги учта саволга аниқ жавоб олинмаса, унда оғриқнинг бошқа сабабларини ахтариш лозим: беморда бошқа касаллик топилса, оғриқни манбаси бошқа бўлган тақдирда ҳам беморда ЮИК кўринишидан бўлган стенокардияни инкор этмаслик керак.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- ✓ Қоннинг умумий таҳлили.

- ✓ Гипертиреозидизмга шубҳа бўлганда қондаги ТТГ миқдорини аниқлаш.
- ✓ ҚД ва дислипидемияни истисно қилиш. Наҳорда қондаги глюкоза концен-трацияси. Наҳорда қондаги липидлар миқдори

Даволаш.

- 1.Беморга ЮИК самарали давоси ишлаб чиқилганлигини тушунтириш керак.
- 2.Жисмоний машқлар божариш тавсия этилади ва уларнинг интенсивлиги стенокардиянинг оғирлик даражасига боғлиқ бўлади.
- 3.Эмоционал зўриқишга, атрофдагилар билан тез конфликт бўлишга мойил бўлганларга психотерапия ўтказиш лозим.
- 4.Ҳар кунлик стенокардия хуружларидан сақланиш тўғрисида тушунтириш ишларини олиб бориш керак.
- 5.Жуда қатий чегараланиш керак эмас – бу беморни аҳволини оғирлаштиради.

Стенокардия хуружларида шошилинч чоралар.

Нитроглицерин, 300-600 мкг тил остига

Бошқа усуллар:

- ✓ Изосорбида динитрат, 5 мг тил остига ҳар 5 дақиқада (3 мартагача) 15 дақиқа давомида, ёки
- ✓ Нитроглицерин аэрозоли, ҳар нафасда 1-2 та (3 тагача) 15 дақиқада, ёки
- ✓ Нитратларни кўтара олмаса – нифедипин, 5 мг тил остига ёки чайнаш керак.
- ✓ Зўриқишдаги стенокардияда (юқори жисмоний зўриқишни кўтара олиши).
- ✓ Аспирин, 150 мг дан ичишга суткасига 1 марта.
- ✓ Оғриқ кузатилса – нитроглицерин (таблеткаси тил остига ёки аэрозоль). Айрим ҳолларда – в-адреноблокаторлар, нитратларнинг малҳамлари ёки пластрларидан фойдаланилади..
- ✓ Аспирин, 150 мг суткасига 1 марта.
- ✓ Оғриқда – нитроглицерин (тил остига таблетка ёки аэрозоль).
- ✓ Кўшилади в-адреноблокаторлар ёки кальций антагонистлари, бундан ташқари қуйидаги препаратлардан бирортаси: наркотик анальгетиклар, нейролепт-аналгезия, брадикардияда -
- ✓ Изосорбида динитрат, 10 мг ичишга суткасига 3 марта, ёки
- ✓ Изосорбида мононитрат, 60 мг суикасига 1 марта.
- ✓ Шифохонада нитроглицерин в/и буюрилади. Кейин тож томирлар ангиографияси қилинади, тож томирлар ангиопластикасига ёки коронар шунтланишга юборишни аниқлаш учун.

Хуружлар ўртасидаги даво: Кам учрайдиган хуружларда (ФС-I) - нитратлар (нитросорбид 10 - 20 мг.дан қабул қилиш) кучли зўриқишларни олдини олиш. Стенокардиянинг II-ФС доимий давони талаб этади (йиллаб!) Бетта адренергик рецептор блокаторлари- (анаприлин, обзидан ва б.к.); унинг дозаси индивидуал (10 дан то 40 - 60 мг гача ҳар бир қабулда), иложи борица 4 марта, лекин кунида 3 марта эмас (ҳозирда таъсир вақти узайтирилган препаратлар пайдо бўлган), охири дозани қабул қилиш уйқудан 3-4 соат олдин; бунда юрак қисқаришлар сони бир дақиқада 60 - 70 тагача бўлиши лозим (тинч ҳолда олинган ЭКГ бўйича санаш тўғри келмайди, фақатгина беморни фаолиги ошганда олинган бўлиши керак!). Нитратлар (нитромазин, тринитролонг ва б.к.) бу препаратларни системали равишда қабул қилиш лозим, хуружлар тўхтаганда (кечиши бир маромга келса, яъни стабил бўлса) – зўриқишдан олдин (бошқа шаҳарга саёҳатга, эмоционал зўриқиш ва б.к..

Нитросорбидни кунига 10 мг.дан 4 - 6 марта; нитрол малҳамини ҳар 4-6 соатда терига суртилади (таъсири 4 - 5 соат), шу билан биргаликда буни уйқудан олдин ҳам суртиш керак.

Стенокардиянинг П- ФС ва ундан юқори синфларида антиангинал препаратларни қабул қилишни тўхтатиш (айниқса бета-блокаторлар – “берилиш” феномени ("отдачи"))! Ҳаттоки қисқа муддатда самараси йўқ, шунинг учун бериш мақсадга мувофиқ эмас.

ИККС (Инфарктдан кейинги кардиосклероз)

Инфарктдан кейинги кардиосклероз соғлом миокард тўқимаси маълум бир кичик қисм миокард толаларининг қўшувчи тўқима билан алмашилиши натижасида ривожланади. Инфарктдан кейинги кардиосклероз – миокардга қўшувчи тўқимадан иборат тўқиманинг ўсиб кириши, ёки чандикли ёхуд ўчоқли кардиосклероз юзага келиши билан характерланади.

Кардиосклерознинг клиник белгилари склероз локализацияси ва тарқалганлиги идаражасига боғлиқ. Фаол миокард тўқимасига нисбатан қўшувчи тўқима массаси қанча қатта бўлса, юрак етишмовчилиги ва ритм бузилишлари (экстрасистолия, хилпилловчи аритмия ва б.қ.лар) юзага келиши эхтимоли шунча юқори бўлади.

Кардиосклерознинг асосий симптомлари бу – ҳансираш (дастлабки босқичларид ажисмоний зўриқишда юзага келса, кейинчалик тинч турган ҳолатда ҳам безовта қилади), ортопноэ қорин бўшлиғи ва пастки муччалар веналари орқали қоннинг қайта тақсимланиши оқибатида ётган ҳолатда ҳансирашнинг юзага келиши) дир.

Тунги пароксизмал ҳансираш беморларни тўсатдан уйғониб кетиб, (вертикал ҳолатни эгаллагандан 5- 20 минутдан сўнг ўтиб кетади, акс ҳолда ўпка альвеоляр шиши ривожланади) ўтирган ҳолатни эгаллашга мажбур қилади. Уйқу пайтида буйраклардаги қон айланиши ошиши туфайли, пешоб ажралиши кўпаяди, бемор кечки уйқу пайтида тез – тез уйғонишга мажбур бўлади.

Ўнг қоринча етишмовчилиги ривожланганда, шишлар (пастки муччалар ва думғаза соҳаси) ҳамда анорексия (иштаҳанинг йўқолиши) юзага келади. Кечки босқичларида қорин бўшлиғига трансудат тўпланиб – асцит, шунингдек, бўйин веналари шиши ва жигар катталашиши ривожланади.

Юрак ўтказувчи тизими соҳасида унча ката бўлмаган кардиосклероз ўчоқларининг ҳосил бўлиши – аритмиялар ва юрак ички ўтказувчанлиги бузилишлариг асабаб бўлади. Бизга маълумки, юрак етишмовчили ва ритм бузилишлари бир қанча касалликларнинг симптоми сифатида юзага келади. Шу нуқтаи назардан келиб чиққан ҳолда, инфарктдан кейинги кардиосклероз ташҳисини тасдиқлаш учун тўлиқ анамнез йиғиш (ўтказилган миокард инфаркти), электрокардиография ўтказиш (ЭКГда турғун ўзгаришлар), эхокардиография, миокард сцинтиграфияси усуллари ўтказиш ката аҳамиятга эга.

Даволашнинг мақсади – соғлом миокард толаларининг функционал ҳолатини яхшилаш ва юрак етишмовчилиги белгилари ҳамда юрак ритми бузилишларини бартараф қилишдан иборат. Ўтказувчанликнинг оғир бузилишлари электрокардиостимулятор имплантациясига кўрсатма бўла олади.

Фақат махсус текширишлардагина аниқласа бўладиган, аниқ клиник белгилар билан намоён бўлмайдиган кардиосклерозда даво муолажалари талаб қилинмайди.

Миокардит.

Миокардитлар юрак мушагининг яллигланиши билан боғлиқ бўлган касалликларидир. Келиб чиқишига кура миокардитлар бирламчи ҳамда иккиламчи бўлади. Бирламчи миокардитларни асосан кузгатувчилар (бактериялар, вируслар, гижжалар, замбуруглар, сода микроорганизмлар) юзага келтириб, кузгатувчилар турига қараб специфик ва носпецифик миокардитлар фаркланади. Баъзан юрак мушагининг нурланиш, токсик маҳсулотлар, травмалар таъсирида зарарланиши ҳам кузатилади. Ундан ташқари миокардитлар ривожланишида коллагенозлар (тизимли кизил югурик, ревматоидли артрит, дерматомиозит), ревматизм, уткир пневмониялар, Лайм (дори) касалликлари муҳим урин тутади. Юкорида қайд этилган касалликларда миокардитлар касалликнинг асосий симптоми курилишида намоён бўлмаслиги мумкин.

Миокардитлар таъхисоти юрак зарарланиши клиник симптомлари ва қушимча текшириш усуллари натижаларига асосланган ҳолда олиб борилади.

Периферик симптомлар: рангпарлик, лаб цианози, тана хароратининг қутарилиши.

1. Юрак қон- томир тизими зарарланиши симптомлари:

а) Оғрик симптоми (юрак соҳасида нитратлар билан бартараф этилмайдиган давомли тумтоқ, санчувчи оғриклар);

б) Юрак зарарланишининг объектив белгилари: қўққи турткисининг сусайиши, юрак чегараларининг кенгайиши, «от дупури» диастолик ритми ёки (ва) систолик шовқин, юрак тонлари бўғиқлиги, қон босимининг пасайиши, юрак фаолияти ритми ва частотасининг бузилиши;

3. Юрак чап қоринчаси ҳамда (ёки) ўнг қоринча етишмовчилиги (ҳансираш, бўйин веналарнинг кенгайиши, упка устида нам хириллашларнинг эшитилиши, жигар катталашиши, оёқларда шиш) белгилари;

4. Касалликнинг этиологик омил билан боғлиқлиги ва яширин даврнинг борлиги.

5. Юракнинг зарарланишини тасдиқлайдиган қўшимча текшириш усуллари:

– ЭКГ: ST сегмент ива Т тишчанинг ўтиб кетувчи ўзгаришлари;

– ЭхоКГ ва юрак рентгенографияси – юрак ўлчамларининг катталашиши;

– Ўткир фазада кўрсаткичлар: ЭЧТнинг тезлашиши, эозинофилия, нейтрофил лейкоцитоз, сиал синамаси, фибриноген миқдорининг ошиши, С-реактив оксилнинг мусбатлиги, диспротеинемия глобулин фракцияси ҳисобига, юрак изоферментларининг ошиши.

Миокардитларнинг диагностик критерийлари.

(Нью-Йорк кардиологлари ассоциацияси, 1973)

1. Синусли тахикардия.

2. I тон сусайиши.

3. Ритм бузилишлари, шу жумладан «от дупури» ритми.

4. ЭКГ бузилишлари: бўлмача- қоринча ўтказувчанлигининг сусайиши, реполяризациянинг бузилиши (ST-T).

5. Кардиомегалия.

6. аспаратаминотрансфераза (АсАТ)нинг ошиши.

7. Юрак етишмовчилиги.

Миокардитларнинг асоратлари:

- ✓ Ўткир юрак етишмовчилиги (юрак астмаси, упка шиши);
- ✓ юрак етишмовчилиги билан юрак ритмининг пароксизмал бузилишлари;
- ✓ атриовентрикуляр блокада окибатида юракнинг тухтаб қолиши;
- ✓ перикардит;
- ✓ дилатацион кардиомиопатия ривожланиши;

Энг куп асоратлар (хилпилловчи аритмия, тромбоз, эмболия синдром, ривожланиб бораётган юрак етишмовчилиги) билан ажралиб турадиган миокардит – бу Абрамов-Фридлер идиопатик миокардитидир.

Окибатлари: соғайиш; юрак ритми бузилиши ёки (ва) юрак етишмовчилиги билан кечадиган кардиосклероз, дилатацион кардиомиопатия ривожланиши.

Диспансер кузатуви. Миокардит касаллиги билан оғриган беморлар мутахассис кардиолог ёки терапевт назоратида турадилар. Назорат давомидаги курувлар частотаси касаллик оғирлиги даражасига, йулдош касалликлар бор – йуқлигига қараб белгиланади. Кузатув уз ичига умумий қон таҳлили, ЭхоКГ ва ЭКГ текшириш усуллари қамраб олади. Қушимча текшириш усуллари ҳамда мутахассис маслаҳати қурсатмалар бўлганда амалга оширилади. Миокардитларда бирламчи ва иккиламчи профилактик тадбирлар албатта амалга оширилади.

Перикардитлар.

Перикардит – перикарднинг яллиғланиши бўлиб, айрим касаллик-ларнинг маҳаллий белгиси сифатида (ревматизм, туберкулёз, бириктирувчи туқиманинг диффуз касалликлари) ёки эндокард ва миокард касалликларида йулдош касаллик сифатида юзага келади. 3 – 6% ҳолларда яширин кечиб, аутопсия вақтида аниқланади. МКБ 10 да – перикардит I30 ўткир, I31 – перикарднинг бошқа касалликлари, юракнинг бошқа касалликлари (I30 - I52).

Эпидемиологияси: актив перикардит перикардитни бошдан кечирган беморларда 3 – 4% ҳолларда аутопсияда аниқланади. Кичик ва ўрта ёшдаги аёллар эркакларга нисбатан 3 марта куп перикардит билан касалланади. Инфекцион перикардитнинг энг куп тарқалгани туберкулёзли ва вирус этиологиялисидир. 1-2% ҳолларда пневмонияси бор беморларда перикардит ўчрайди (қупрок ўнг томонли зарарланишда).

Этиологияси: перикардитнинг сабаблари бўлиши мумкин: сил, ревматизм, баъзи бир инфекциялар, бактериял микроорганизмлар (қорин тифи, дизентерия, вабо), вируслар, риккетсиялар шулар қаторида аутоиммун жараёнлар (бириктирувчи туқиманинг диффуз касалликлари, аллергия реакция), қон касалликлари (геморрагик диатезлар, лейкоз), моддалар алмашинувининг бузилиши (уремия, подагра), ўсма касалликлари (бирламчи ва метастаз берган), травмалар. Айрим беморларда перикардит идиопатик характерда бўлади.

Классификация:

Этиологиясига қура бўлинади:

- ✓ Инфекцион
- ✓ Ноинфекцион (асептик).

Бундан ташкари идеопатик ёки уткир яхши сифатли перикардит, этиологияси тасдиқланмаган перикардитлар тафовут қилинади. Бундай перикардит диагнози, касаллик этиологияси текшириш методлари орқали аниқланмаган ҳолларда ҳар доим ҳам асосли тарзда қўйилмайди.

Клиник кечиши бўйича перикардитлар уткир ва сурункали, клиник – морфологик жиҳатдан – фибриноз (қурук), экссудатив (серозли, сероз-фибринозли ёки ёки геморрагик экссудатли), йирингли, чирикли (гнилостный), экссудатив-адгезив, адгезив, фиброз (чандикли) перикардитларга бўлинади.

Сурункали адгезив ва фибринозли перикардитлар симптомсиз (қон айланиши бузилишисиз), констриктив ёки босувчи перикардит шу қаторда массив перикардит (панцирное сердце), перикардит экстраперикардиал сабаблар билан кечувчи перикардитлар қуринишида кечади.

Клиник кечиши бўйича:

1. Перикард шикастланиши синдроми
2. Уткир фазада бузилиш синдроми
3. Иммунобузилиш синдроми
4. Бошқа касалликлар фонида ривожланадиган перикардит.

Фибринозли перикардит – юрак соҳасидаги оғрик билан характерланади. Аускультацияда перикард ишқаланиш шовқини эшитилади. Яллигланиш процесси миокарднинг субэпикардиал қисми ҳам жалб қилинади, бу ЭКГ да намоён бўлади. ЭхоКГда фибринозли жараёнда иштирок этувчи перикардда кам микдорда суюқлик йиғилгани қуринади.

Экссудатив перикардит – фибринозли перикардитдан кейин ривожланиши мумкин, тез ривожланадиган тотал перикардитлар (аллергик)дан ва бирламчи сурункали касалликлардан (сил, усма) лардан кейин ривожланади. Перикардда секинлик билан суюқликнинг тупланиши ташки перикард пардасининг кенгайишига олиб келади, бу уз навбатида перикард ҳалтасининг упқани таъсирлашига ва натижада трахея ва бронхларнинг босилиши белгилари (хансираш, йутал), суюқлик ҳажми 2- 3 л га етгунча гемодинамикада бузилишлар аниқланмайди.

Юрак тампонадаси – перикард бушлигида 50 – 60 мм. сув. уст. га тенг босим юзага қилиши ҳисобидан юрак диастоласининг чегараланиши ва натижада гемодинамикада бузилишлар юзага қилишидир. Юрак тампонадаси симптомо-комплекси: туш орқасида қучли оғрик, коллапс, тахикардия, парадоксал пульс. Юқори қовак венада босимнинг ошиши бемор юзида қўйидагича намоён бўлади: “Стокс ёқаси”, “қонсул боши”. Пастки қовак вена босимининг ошиши гепамегалияни келтириб чиқаради, “вактидан олдинги” асцит (Пик псевдоциррози), “Бертман позаси” характерли. Бемор тез – тез ҳушини йукотиб туриши, перикардни пункция қилишга қурсатма бўлади.

Адгезив перикардит – қушувчи туқиманинг яллигланиши натижасида чандик туқиманинг ҳосил бўлиши билан характерланади. Қўп ҳолларда адгезивли перикардит йирингли, туберкулёзли, геморрагик перикардитлар оқибатида қелиб чиқади. Перикард бушлигининг туқик битишмаси (спайка) юрак қисқаришларини чегараламайди. Катъий шикоятлар ва функционал бузилишлар рефлатор механизм билан юзага қилиши мумкин.

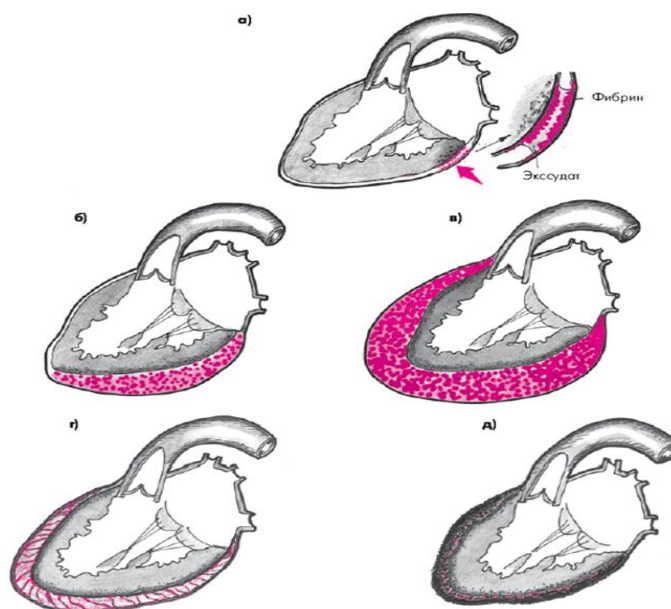
Констриктив перикардитлар – кенгайган ва силлик капсуланинг хосил булиши юрак коринчалари диастолик тулишини чегаралайди, гиподиастола ривожланади ва тургун гемодинамик бузилишлар юзага келади. Клиникаси симптомлар триадаси билан характерланади:

- ✓ Юкори веноз босим
- ✓ Асцит
- ✓ “кичик тинч юрак”

Констриктив перикардит 3 стадияда юзага келади:

- ✓ Бошлангич
- ✓ Яккол
- ✓ Дистрофик.

Панцирли юрак – бу рентгенологик текширувда, юракни МРТ, КТда текширганда яккол куринади. Сурункали касалликларда (сил) юзага келади.



Расм. 12.1. перикардитларнинг турли клиник формаларига хос морфологик ўзгаришлари: а — куруқ (фибринозли) перикардит; б, в — экссудатив перикардит; г — адгезив перикардит; д — констриктив перикардит

Киёсий таххисот: суюкликли перикардит перикард бушлигида яллигланиш характерида булмаган суюкликнинг йигилиши (гидроперикард, гемоперикард). Суюкликли перикардит билан гидроперикарднинг энг ишончли фарқи факатгина пункция килиб олинган суюкликни лабораторияда текшириш оркали аникланади. Гидроперикардда экссудат таркиби: рангсиз, коннинг шаклли элементлари кам микдорда, паст солиштирма огирликда (1018 дан паст) ва (3%дан кам) микдорда оксил саклайди. Этиологик диагноз экссудатив перикардитда асосий касалликнинг йулдош белгилари асосида ва баъзи перикардит

этиологиясини аниклашда перикард пункция килиниб, биопсия олинади. Бу амалиёт стационар шароитда амалга оширилади.

Туберкулёзли перикардит диагностикасида якин орада актив туберкулезни бошидан утказган беморларда, баъзида юрак сохасида огриклар кузатилади ва бу огриклар унчалик кучли булмайди. Беморларда субфебрил тана хароратининг кутарилиши, терлаш, курук йутал кузатилади. Сил синамаси ута мусбат булади. Касалликнинг кечиши узок давом этиши ва торпидлиги билан характерланади., перикард ичидаги суюклик маълум хажмгача йигилади, лекин юрак тампонадаси юзага келмайди.

Ревматик перикардитнинг биринчи белгилари бугим огриклари бошланган кундан 1 – 2 хафта утиб, ривожланади, рецидив полиартритда кечки, яъни 3 – 4 хафта утиб ривожланади.

Юрак тампонадаси катта ёшли ахоли уртасида учрайди. Кон айланиши бузилиши куп холларда ревматик миокардитда юзага келади.

Вирусли этиологияли перикардитни тахминлаш учун кушилиб келган – фарингит, ринит, герпес, учокли ёки интерстициал пневмония, миалгия, плеврит, серозли минингит, лимфа тугунларининг катталашиши, жигар ва талок катталашиши, тошма тошиши, (инфекцион моноклеоз); баъзан диагностикада лейкопения, коннинг моноклеар реакцияси ахамиятга эга.

Диагностикаси: типик клиник кечишида диагностикаси клиник – морфологик формаларида (курук, экссудатли ва констриктив перикардит) диагнозини поликлиника шароитида ҳам куйиш мумкин.

Курук перикардит: огрик синдроми, перикард ишкालаниш шовкини ва ЭКГдаги характерили белгилар. Перикард ишкालаниш шовкини – юкори специфик симптом. Перикардитдаги типик шовкинлар ҳам систола ҳам диастола фазасида эшитилади. Типик перикардитда огрик юрак чуққисида сезилади, доимий характерга эга, тана холати узгарганда, асосан чуқур нафас олганда кучаяди. ЭКГ да: S-T сегменти конкордант кутарилади (асосан II стандарт тармоқда). Перикардитда ЭКГда динамик узгариш характерли, яъни 1 -2 кундан кейин S-T сегментининг изолинияга тушиши аникланади. Т – тишча манфий ёки икки фазали. Т – тишнинг манфий булиб колиши узок вақтгача сакланади.

ЭхоКГда перикард варақларининг калинлашганлиги, улар орасида куп булмаган суюклик, баъзан каватма – кават структурани аниклаш мумкин.

Рентгенологик курук перикардитда ноинформатив.

Курук перикардитда этиологик ташхис куйиш кийин эмас, чунки у асосий касаллик негизида ривожланади. Масалан: системали кизил волчанка, ревматизм, пневмония, плеврит, сил касалликлари шулар жумласидандир.

Экссудатив перикардит - юрак тампонадаси белгилари пайдо булгунга кадар перкуссия, рентгенологик, ЭхоКГ воситасида наиклаш мумкин. Характерли белгилари: юрак перкутор тумтоклиги интенсивлигининг ошиши, чегараларининг хамма томонлама катталашуви перкутор чегар конфигурацияси узгариши аникланади. ЭКГда тишчалар вольтажининг пасайиши, коринчалар комплекси электрик алтернацияси аникланади. Эрта рентгенологик белгилари: перикардининг орка пастки бурчаги кенгайишини куриш мумкин. Бу узгариш КТ

текширувида янада яккол куринади. Томир тутами кенгайганлиги, юкори ковак вена кенгайганлиги хисобидан юзага келади.

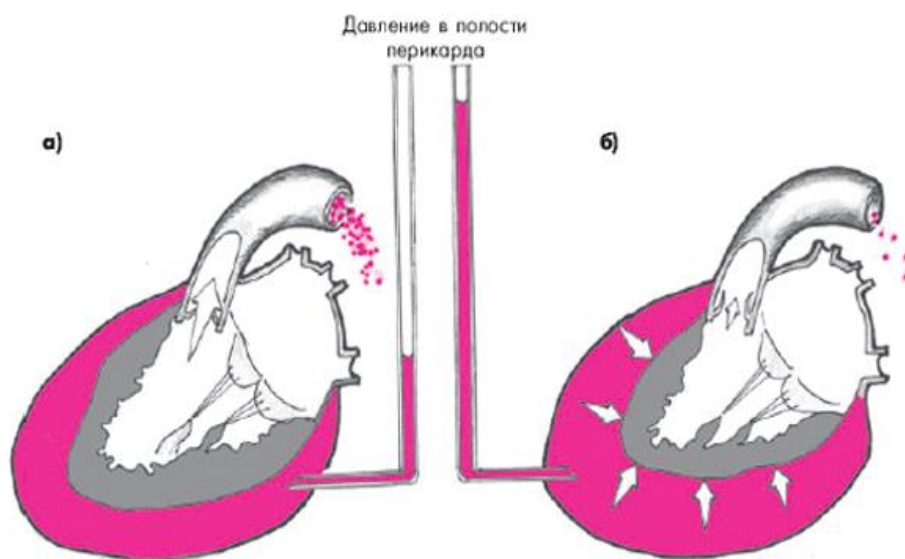


Рис. 12.6. Экссудатив перикардитнинг схематик кўриниши юрак тампонадасисиз (а) ва тампонаси билан (б)

Рентгенографияда экссудатив перикардитнинг энг ишончли белгилари куринади, яъни юрак контури соҳасида пульсациянинг йуклиги аникланади.

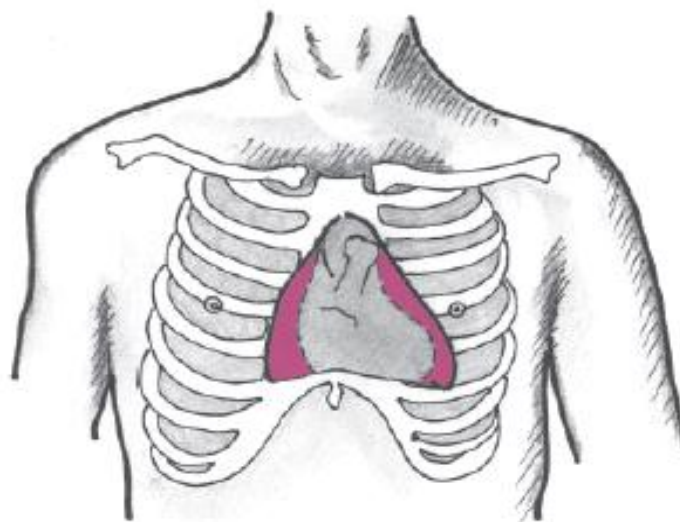


Рис. 12.7. Экссудатив перикардитда юрак конфигурацияси



Рис. 12.8.

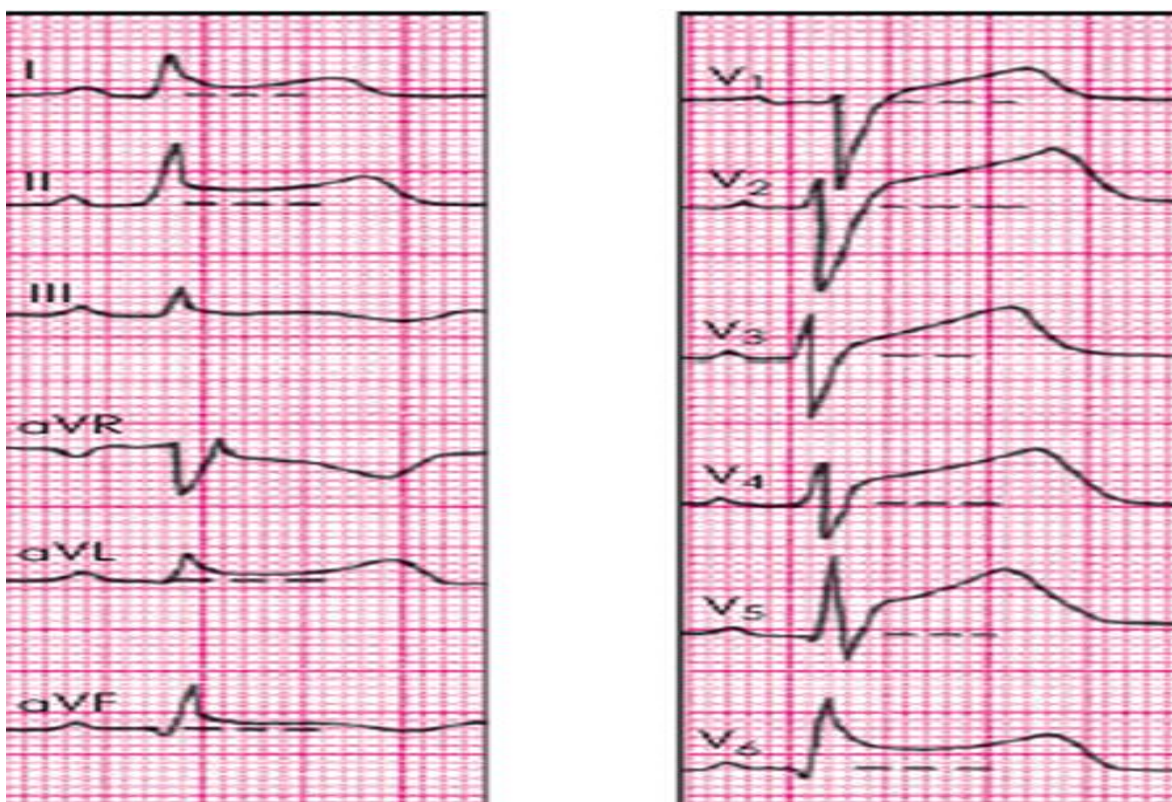
Эксудатив перикардити бор беморда кўрак қафасининг олд проекциядаги рентгенограммаси

ЭхоКГда перикард вараклари орасидаги суюклик яхши куринади, суюкликнинг хажми хам аникланади.

КТ – эксудатив перикардит хамда бошка юрак касалликларидаги дилатацияни дифференциация килиш учун энг кулай усул хисобланади.

Констриктив перикардит – систем веноз гипертензия, жигар катталашуви ёки асцитда юрак аускультациясида перикард тони узгаришларикузатилганда касаллик хакида уйлаш керак. Ташхисни асослаш учун ЭКГ, рентгенологик текшириш, ЭхоКГ утказилади.

ЭКГ да- констриктив перикардитда баланд Р –тишча, кичик вольтажли QRS комплекси, манфий Т – тишча триадаси аникланади. QRS формаси узгариши: кенгайиши, тишчалар пайдо булиши, Q тиш чукурлашувининг кузатилиши патологик жараёнга миокард кушилганлигидан далолат беради. Р- тишчанинг катталашуви QRS комплекси кичик вольтажли булиши кузатилмаганда гипертрофия белгилари сифатида кабул килинади.



Ўткир перикардитда электрокардиограмма тасвири

Миокардиодистрофиялар.

«Миокардиодистрофия» термини миокард метаболизми бузилиши сабабли миокард касаллиги булиб, юракнинг кискарувчанлик ва бошқа функцияларнинг етишмовлигига олиб келади. Миокард дистрофияси тушунчаси Г.Ф.Ланг томонидан киритилган булиб, бу юрак мускулининг яллигланишсиз ва нокоронаген касалликлардир.

Касалликнинг ривожланишида қўйидаги этиологик омиллар катнашади:

- авитаминозар (бери-бери, цинга, рахит, пеллагра);
- анемия (уткир ва сурункали);
- эндокрин-моддалар алмашинуви бузилиши (кандли диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз, буйрак усти беzi пустлок кисми сурункали етишмовчилиги, феохромоцитома, семизлик, патологик климакс);
- инфекциялар (ўткир ва сурункали);
- эндоген интоксикациялар (буйрак ва жигар етишмовчилиги, усмадан интоксикация, сурункали йирингли жараёнлар);
- экзоген интоксикациялар: а) уткир (барбитуратлар, юрак гликозидлари, амитриптилин, дихлорэтан ва б.к.); б) сурункали (никотин, алкоголь); в) касбий (кургошин, бензол, сероуглерод);
- жисмоний зурикишлар (уткир ва сурункали.);

- дисметаболик таъсирла (ферментопатия, гемохроматоз, озикланишнинг бузилиши); физик омиллар (ионлашган радиация, вибрация, кукрак кафаси жарохатлари, юкори частотали токлар ва б.к.);
- асаб-мускул касалликлар (миастения, дистрофик миотония); нейроген таъсирлар (стресс, симпатикотония);
- туғруқдан кейинги таъсирлар.

Кечишига караб миокардиодистрофиялар

1. ўткир,
2. сурункали
3. миодистрофик кардиосклерозга бўлинади.

Миокард дистрофияси диагностикаси.

Миокардиодистрофиянинг клиник манзараси турлича- латент кечишдан юрак етишмовчилигининг огир даражасигача кузатилади.

Миокарднинг уткир дистрофияси жисмоний зурикиш пайтида , катта ва/ёки кичик кон айланиш доирасида артериал босимнинг ошиши (гипертоник криз, уткир нефрит, ЎАТЭ) сабабли миокарда уткир зурикиш ривожланади.

Миокардиодистрофиянинг эрта даври сурункали кечишида клиник белгилар кам намоён булади. Юрак етишмовчилиги ривожланиши билан беморлар жисмоний зурикиш пайтида хансирашга, юрак тез уришига, тез чарчашга, иш қобилияти пасайишига, юрак соҳасида ноҳушликдан, то кардиологик характерга эга огрикга шикоят қилишади. Лекин баъзи миокардиодистрофияларда, масалан, климактерик огрик стенокардияга ухшайди, шунинг учун ЮИК билан қиёсий диагностика утказиш керак. Миокардиодистрофия юрак ритми бузилишига, нотугри уришига, юрак тез уриши хуружига сабаб булиши мумкин. Бир вақтнинг узида шикоятлар билан биргаликда гипертрофия ва дилатация сабабли юрак чегараларининг кенгайишига, тонлар бугиклашига, галоп ритми, юрак чуққисида ва боткин нуқтасида систолик шовкин эшитилади. Миокардиодистрофиянинг клиник манзараси специфик эмас. Қуп холларда миокардит ва кардиосклерозга ухшайди. Шунинг ушбу касалликлар билан қиёсий диагноз утказиш керак.

Миокардиодистрофияларнинг клиник босқичи таснифи

(В.Х. Василенко, С.Б. Фельдман, Н.К. Хитров, 1989 й)

Босқичи	Клиник белгилар	ЭКГдаги ўзгаришлар	Циркуляция турлари
I-нейрофункционал	Субъектив: транзитор, сабабсиз, суқулувчи ёки тортилувчи юрак соҳасидаги огриклар, юрак тез уриши ҳаво етишмаслиги, ҳолсизлик, бош оғриғи, уйқунинг ёмонлиги, асабийлашиш, терлаш.	P-Q интервалининг қисқариши, Q-T узаяди, ST сегменти эгри юқорига қўтарилади, T тишчаси ўткир учли	Гипердинамик

	Объектив: хўл ва совуқ кафтлар, юрак чегаралари меъёрида, юрак тонлари тиниқ, юрак чўққисида кучсиз систолик шовқин, тахикардия, АҚБнинг бироз кўтарилиши		
II- органик ўзгаришлар боскичи Компенсация даври декомпенсация даври	ҚАБ IА даражасига мос келади. ҚАБ IБ даражасига мос келади.	Чап коринча гипертрофияси белгилари, коринча ичи блокадаси Т тишчасининг ясси-лаши ва инверсияси, ST сегментининг пасайиши, аритмиялар.	Гиподинамик
III- юрак етишмовчилигининг метаболик шакли	ҚАБ дистрофик боскичига мос келади	II- давридаги ўзгаришлар одатда кучлироқ ривожланган бўлади.	Гиподинамик

Миокардиодистрофиялар диагностикасида асосий текшириш усулларида ЭКГ киради. Миокардиодистрофияларда ЭКГда асосан коринча комплексининг охириги кисми узгаради. (ST сегменти ва Т тишчаси). Кўпинча ST сегментининг мусбат Т тишчасига караб кутарилувчи характерга эга депрессияси кузатилади ва синусли тахикардия билан бирга кушилиб келади. Дигиталис интоксикацияси сабабли миокард дистрофиясида ST сегментининг кийиксимон депрессияси, Т тишчаси манфий, Q-T интервали кискариши, синусли брадикардия, ритм ва утказувчанликнинг бузилиши кузатилади. Миокард дистрофиясининг баъзи шаклларида, масалан феохромоцитомда Т тишчаси чуқур манфий бўлади. Миокардиодистрофияларда QRS комплексининг вольтажи пасайиши мумкин, асосан семизликда ва микседемада, лекин тиреотоксикозда вольтаж кўпинча баланд бўлади. Юрак ўтказувчанлиги секинлашади, Q-T узаяди, коринча ичи ўтказувчанлиги бузилади. Миокардиодистрофиялар ЮИК, миокардит билан қиёсий ташхисида ЭКГ текшириш фармокологик синамалар билан ўтказилади (калий тузлари, В-блокаторлар, Б-адреностимуляторлар қўлланилади).

Алкогол миокардиодистрофия. Купинча кардиомегалия сабабчиси булиб, узок муддат куп микдорда спиртли ичимликлар ичиш натижасида келиб чикади. Алкогол миокардиодистрофияларнинг клиник шакллари

(Е.М. Тареев, А.С. Мухин. 1977)

1. Классик шакли: сурункали алкоголизмнинг хамма белгилари, жигар катталашуви, кардиалгия, айникса тунлари, хансираш, юрак тез уриши, навбатдан ташқари уриши, кўп микдорда алкоголь қабул қилгандан 2-3 кундан сўнг аҳволнинг ёмонлашуви.

2. Псевдоишемик шакли: кўпинча юрак соҳасида оғрик, субфебрил температура, кардиомегалия, ритм бузилиши, ҚАБ (НК) клиникаси.
3. Аритмик шакли: бўлмачалар фибрилляцияси, экстрасистолия, пароксизмал тахикардия, хансираш ва кардиомегалия.

Алкогол миокардиодистрофиянинг клиник босқичи (В.Х.Василенко ва ҳаммуаллифлар. 1989)

I босқич. (бошланғич) 10 йил давом этади, клиникаси НЦД га ўхшайди

II босқич. 10 йилдан куп алкоголь истеъмол қилган беморларда ривожланади. Шикоятлари: хансираш, йўтал, оёқларда шиш, акроцианоз, юзи шишиқиранган, қон айланишнинг кичик доирасида димланиш. Юрак чегаралари икки томонга кенгайган, юрак тонлари буғик, баъзан галоп ритми, аритмия, жигар катталашган. ЭКГ: чап қоринча гипертрофияси. Қоринча ичи блокадаси, Т тишчаси ўзгариши. Бўлмачалар фибрилляцияси ва б.қ.

III босқич. Қон айланиш етишмовчилигининг дистрофик даврига мос келади.

Миокардиодистрофияларни даволаш.

Давони миокардиодистрофияни келтириб чиқарувчи омилларни таъсир курсатишдан бошлаш керак. Миокард дистрофиясига сабаб бўлувчи омилларни йўқотиш: – чекишдан ва спиртли ичимликлардан бош тортиши, жисмоний ва асабий зўриқишдан асраш.

Беморнинг кун тартиби юрак етишмовчилигининг қанчалик намоён бўлишига боғлиқ. Миокардиодистрофияда электролитлар алмашинуви бузилади, беморларни даволашда бу бузилишларни коррекция қилиш керак. Миокардиодистрофияда юракка адренергик таъсир юқори булганлиги сабабли β-адреноблокаторлар куллаш керак. Миокардда метаболлик жараёни стимуляция қилувчи воситалар: (рибоксин, инозин, В –гуруҳ витаминлари, анаболик стероидлар). Юрак етишмовчилиги ривожланган пайтда юрак гликозидлари куллаш керак. Юрак ритми бузилганда антиаритмик воситалар буюриш керак.

Юрак трансплантациясига кўрсатма. СЮЕ охириги терминал босқичида юрак трансплантацияси ягона самарали усул ҳисобланади. Кўпчилик ҳолларда юрак трансплантацияси бемор умрини чўзиш билан биргаликда беморларни иш қобилятини тиклайди.

Бирламчи профилактика: миокардиодистрофияни ўз вақтида даволаш ва миокардиодистрофияга олиб келувчи касалликларни олдини олиш.

Соғлом турмушни тарғибот қилиш, чекишни спиртли ичимликларни чеклаш жисмоний машқларни бажариш ва спорт билан шугулланишни назорат қилиш.

Иккиламчи профилактика уз вақтида камконликни, эндокрин касалликларни, ўткир ва сурункали инфекцияларни, интоксикацияни даволаш. Сурункали инфекция учоқларини даволаш, миокардиодистрофияни кучайишини олдини олиш била биргаликда дистрофик жараёни регрессига олиб келади.

Миокардиодистрофияга олиб келувчи сурункали касалликлар кардиолог назоратига олинади.

Кардиомиопатиялар. Келтириб чиқарувчи омилларига кўра кардиомиопатияларнинг қуйидаги турлари фаркланади: функционал, дисгормонал, спортсменлар кардиопатияси ва

бошка шакллари. Функционал кардиопатияларни сабаблари масалан, алкоголь махсулотларини суистеъмол килиш натижасида юзага келадиган алкогольли шакллари спиртли ичимликлар кабулини чеклаш оркали бартараф килиш мумкин.

Функционал кардиопатия юрак сохасидаги симилловчи ёки чузилувчан огриклар билан характерланиб, бу огриклар беморлар тинч ҳолатда бўлганда юзага келади, узок давом этади, бир неча суткагача чузилади. ЭКГ да хилпилловчи аритмия, шунингдек тахикардия ва булмачалар титраши белгилари кузатилади. Кушимча диагностик усул бу – ЭхоКГ. Даволашда алкоголь ичиликларини катъий ман килиш муҳим. Дисгормонал кардиомиопатияда бошка турларидан фаркли равишда, организмдаги метаболик жараённинг издан чиқиши – асосан тухумдонлар фаолиятининг бузилиши этиологик омил ҳисобланади. Кардиомиопатияларнинг бу турига огрик жисмоний зуриқиш билан боғлиқ эмас, ундан ташқари- иссиқлик куйилиши, қон босимининг узғаришлари, юрак уришининг тезлашуви, қузғалувчанлик, кайфиятнинг қон давомида тез – тез узғариб туриши каби симптомлар кузатилади. Қупрок касаллиқнинг бу тури аёлларда климактерик даврда ривожланиб, даволашда бета-адреноблокаторлар ва психотроп воситалар тавсия қилинади.

Шунингдек, қалқонсимон без гормонларининг қуп ишлаб чиқарилиши таъсирида организмдаги метаболик жараёнларнинг узғариши алоҳида ҳолатларда тиреотоксикоз натижасидаги кардиомиопатия юзага келишига сабаб бўлади. Бунда юрак кенгаяди, хилпилловчи аритмия ёки экстрасистолия қуринишидаги ритм бузилишлари қузатилиб, ҳатто «тиреотоксик юрак» деб ҳам юритилади. Кардиомиопатияларнинг бу турини даволашда асосан қалқонсимон без фаолиятини изга солиш, шунингдек юрак мушаги фаолиятининг етишмовчилигини, ритм бузилишларини комплекс даволаш қатта аҳамиятга эга.

Климактерик кардиопатия – климактерик даврда юракдаги ўзғаришлар билан характерланади. Аниқланишича, патологик климакс оғир симптомлар (асаб тизими, қон томир тизими, эндокрин ва эмоционал- рухий бузилишлар), шунингдек юрак фаолияти бузилишлари (юрак сохасидаги огриклар ва юрак уришлари) билан кечади.

Кардиопатия ва кардиалгия патологик климакс симптомлари (ёки синдромлари) сифатида намоён бўлар экан, ташхис қуйишда касаллиқнинг умумий белгиларига аҳамият берилади:

- 1) вегетатив узғаришлар иссиқлик қуйилиши, қуп терлаш, парестезиялар, тана ҳарорати субфебрилитети, бош айланишлари, диэнцефал қризлар қуринишида;
- 2) асаб- рухий тизим узғаришлари – таъсирчанлик, эмоционал лабиллик, йиглокилик, уйқусизлик, хотиранинг ёмонлашуви, кайфиятнинг узғарувчанлиги, турли ваҳима ва қурқувлар тарзида;
- 3) сийдик – таносил тизимидаги узғаришлар (эркакларда — майлнинг сусайиши ва потенциянинг пасайиши, простата аденомаси; аёлларда — хайз циклининг тухташи, гинекомастия и фиброз-кистоз мастопатия).

Ревмокардит

Ревмокардит – ревматизм касаллиги оқибатида юрак қаватларининг яллиғланиши. Ревматизм стрептококклар қузғатадиган уткир инфекциядан кейин юзага келиб, бирор бир бошка инфекция бу касаллик юзага келишига сабаб бўлла олмайди. Стрептококкларнинг бошка микроорганизмлардан фарқи шундаки, улар юракка токсик таъсир қила оладиган захарли

махсулотлар ишлаб чиқарадики, стрептококк антигени билан миокард туқимаси орасида боғлиқлик мавжуд. Стрептококк токсинлари юрак – қон томир тизими ва бириктирувчи туқимада иммун тизим бузилиши ҳисобига яллиғланиш жараёнини юзага келтиради. Қонга фаол моддалар ажралади, бириктирувчи туқима толалари, айниқса, юрак ва томирлар шикастланиши билан кечадиган аутоиммун реакция бошланади.

Ревмокардит симптомлари. Юқоридаги ҳолатлар 6 ой давомида ривожланади ва қуйидагича намоён бўлади: қўпинча ёшларда, утқазилган инфекциядан 2 ҳафта утгач, ҳолсизлик, йирик бугимлардаги даврий оғриқлар, тана ҳароратининг 37.0-37.8 °С қўтарилиши, қонда яллиғланиш компонентининг (ЭҚТ ошиши).

Ревмокардитнинг асосий симптомлари:

- ✓ юрак соҳасидаги оғриқлар
- ✓ юрак тез уриши
- ✓ юрак ритмидаги узғаришлар
- ✓ ҳолсизлик
- ✓ унча юқори бўлмаган жисмоний зуриқиш пайтида тез чарчаш.

Ревмокардитнинг диагностика критерийлари:

- ✓ юрак соҳасида оғриқ ва ноҳуш сезгилар
- ✓ ҳансираш
- ✓ юрак уриб кетиши
- ✓ тахикардия
- ✓ юрак қўққисида I тоннинг сусайиши
- ✓ юрак қўққисида шовқиннинг бўлиши:

а) систолик (паст, ўртача, баланд);

б) диастолик.

- ✓ Перикардит симптомлари.
- ✓ Юрак ўлчамларининг катталаниши.

ЭКГ–маълумотлари:

а) PQ интервалининг узайиши;

б) экстрасистолия, атриовентрикуляр тугун ритми;

в) ритмининг бошқа бузилишлари.

- ✓ Қон айланиши етишмовчилиги симптомлари.
- ✓ Меҳнат қобилиятининг пасайиши ёки йўқолиши.

Агар беморда 11 та критерийдан 7 таси мавжуд бўлса, демак ташхис ишончли ҳисобланади.

Ревмокардитларда лаборатор қўрсаткичлар ва асбобий текширишлар натижалари:

Умумий қон таҳлилида – ЭҚТ ошиши, нейтрофил лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши. **Қоннинг биохимик таҳлили** – альфа-2- ва гамма-глобулинлар, серомукоид, гаптоглобин, фибриноген, АсАТларнинг ошиши, С – реактив оксил мусбат, **иммунологик текширишлар:** Т-лимфоцитлар миқдори камайган, Т – супрессорлар фаолияти пасайган, иммуноглобулинлар даражаси ва антистрептококк антителолар титри юқори, қонда иммун комплекслар айланиши қўзатилади.

ЭКГда – АВ ўтказувчанликнинг секинлашиши, Т тишча амплитудасининг пасайиши ва PQ интервалининг узайиши.

ФКГ – эндокардит мавжуд бўлганда, юқори частотали систолик шовқин аниқланиб, динамикада кучаяди, митрал стеноз ривожланганда юрак чўққисида протодиастолик шовқин, аорта клапанлари етишмовчилигида аорта устида протодиастолик шовқин, аорта оғиз қисми торайишида аорта соҳаси ромбсимон систолик шовқини қайд қилинади.

Рентгенологик текширишлар: юрак ўлчамларининг катталашиши, юрак қисқарувчанлик функциясининг пасайиши.

Митрал клапан пролапси

Митрал клапан пролапси —чап қоринча қисқариши даврида митрал клапан битта ёки иккала тавақасининг чап бўлмачага осилиб қолиши (букилиши).

Митрал клапан пролапсининг белгиларини илк марта 10 – 16 ёшда қайд қилиш мумкин. Бу феномен 60 –йилларнинг иккинчи ярмидан бошлаб, юракни ультратовушда текшириш усули ривожлангандан кейин юзага чиқди.

Сабаблари:

- ✓ Митрал қопқоқ тавақалари деформацияси билан кечадиган наслий касаллик
- ✓ Марфан синдроми ва Элерс – Данло синдроми каби бириктирувчи тўқима туғма касалликлари, эластик псевдоакантома, яқунланмаган остеогенез
- ✓ Ҳомиладорликнинг охириги уч ойлигида ҳомилага токсик моддаларнинг таъсири
- ✓ Клапан сўргич мушаклари қон билан таъминланишининг бузилиши
- ✓ Ревматизм
- ✓ Гипертрофик кардиомиопатия

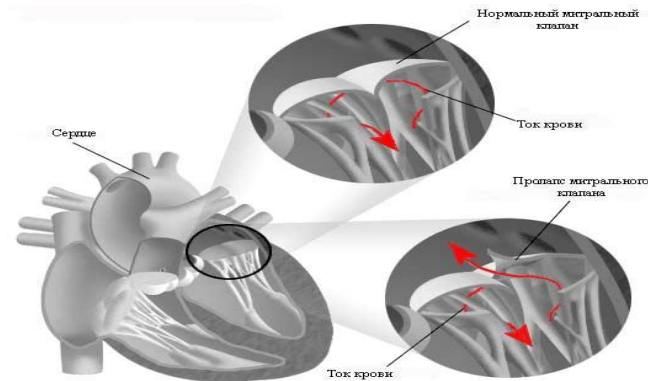
Митрал клапан пролапси белгилари

Кўп ҳолларда касаллик яширин кечади, тасодифан профилактик кўрикларда аниқланади. Бошқа ҳолатларда митрал клапан пролапси кўйидаги белгалар билан намоён бўлади:

- ✓ кўкрак қафасининг чап ярмида оғриқ (санчувчи, симилловчи, жисмоний ҳаракат билан боғлиқ бўлмаган, санчувчи оғриқлар бир неча секунд давом этса, симилловчи оғриқлар соатлаб давом этиши мумкин),
- ✓ ҳаво етмаслиги ҳисси (беморда чуқур, тўлақонли нафас олиш хоҳиши),
- ✓ шикоятлари юрак уриб кетишига, юрак кам уриши, бир маромда урмаслиги, юрак «тўхтаб қолиши» ҳиссига,
- ✓ совуқотиш «ваража» ҳисси,
- ✓ инфекциялардан кейин узоқ давом этувчи субфебрил ҳарорат,
- ✓ психоэмоционал зўриқишларга жавобан пешобнинг тез – тез ёки аксинча кам ажралиши,
- ✓ эрталабки ва тунги бош оғриқлари, бош айланиши, кайфиятнинг нотурғунлиги.

Текширишлар

- ✓ Митрал клапан пролапси бор беморларда одатий ЭКГда ўзгаришлар қайд этилмайди. Меъёрдан силжиш ҳолатлари асосан холтер мониторингда аниқланади.
- ✓ Юрак УТГ си



Митрал клапан пролапсини даволаш

- ✓ Касаллик митрал клапан етишмовчилиги белгиларисиз, яширин кечганида даво чоралари ўтказилмайди.
- ✓ 1 – 2 йилда 1 марта УТТ – назорат тавсия қилинади
- ✓ Аччик чой, кофе, алкоголь ҳамда тамаки маҳсулотларини қатъий чеклаш
- ✓ Магний препаратлари тавсия қилинади, чунки изланишлар маълумотларига кўра, митрал клапан пролапси бор беморлар организмда магний микдорининг камайиши кузатилади. **Оқибатлари**

Одатда касаллик кечиши жиҳатидан яхши сифатли бўлиб, асоратлар систолик шовқин, митрал тавақаларнинг қалинлашиши ёки узайиши ёки чап қоринча ёхуд чап бўлмача бўшлиғининг катталашиши мавжуд бўлган беморларда юзага келади.

Митрал клапан пролапси асоратларига киради:

- ✓ Хорда бойламларининг узилиши
- ✓ Митрал клапан етишмовчилигининг яққол намоён бўлиши
- ✓ Митрал клапан тавақаларида фибрин чўкиши
- ✓ Юрак аритмиялари
- ✓ Цереброваскуляр патологиялар
- ✓ Инфекцион миокардит
- ✓ Тўсатдан коронар ўлим (фақат митрал клапаннинг чуқур етишмовчилигида).

Орттирилган юрак нуқсонлари. Миокарднинг яққол гипертрофияси коронар қон айланишининг нисбий етишмовчилигига ва юрак мушагида алмашинув жараёнлари бузилишига олиб келади. Шунга боғлиқ ҳолда, орттирилган юрак нуқсонлари миокард гипертрофиясининг асосий сабаби бўлиб, прекардиал соҳадаги оғриқ айнан бу патологияга хос ҳисобланади.

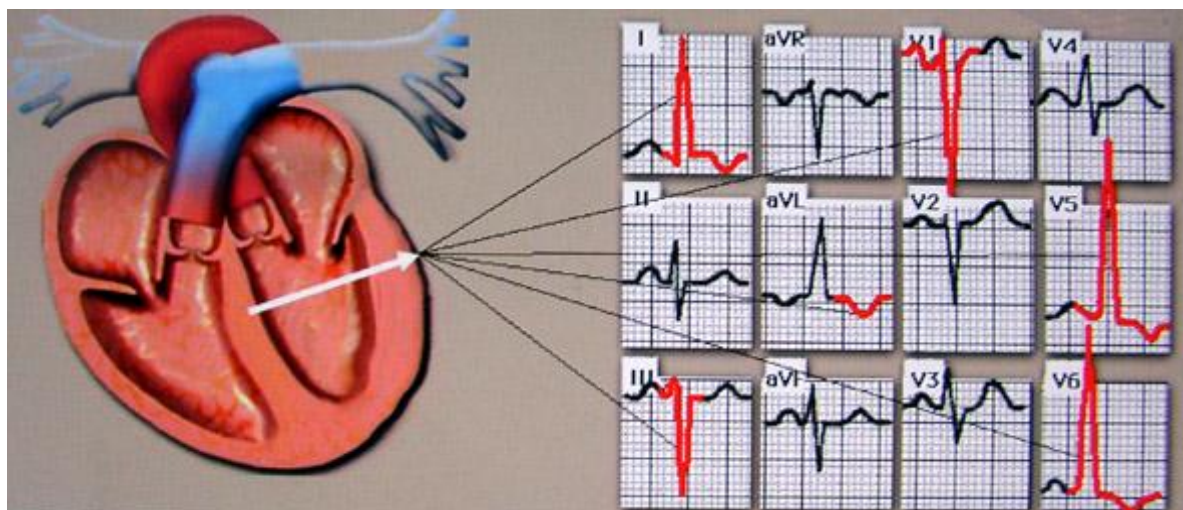
Кўп ҳолларда кўкрак қафасидаги оғриқлар аортал нуқонларда кузатилади. Компенсация босқичида субъектив белгилар бўлмайди. Аортал стенозда оғриқнинг бўлиши миокард ички босими сезиларли ошиши оқибатида субэндокардиал соҳаларда коронар қон айланишининг бузилиши билан боғлиқ. Бу касалликларда барча оғриқ билан боғлиқ ҳислар метаболик ёки

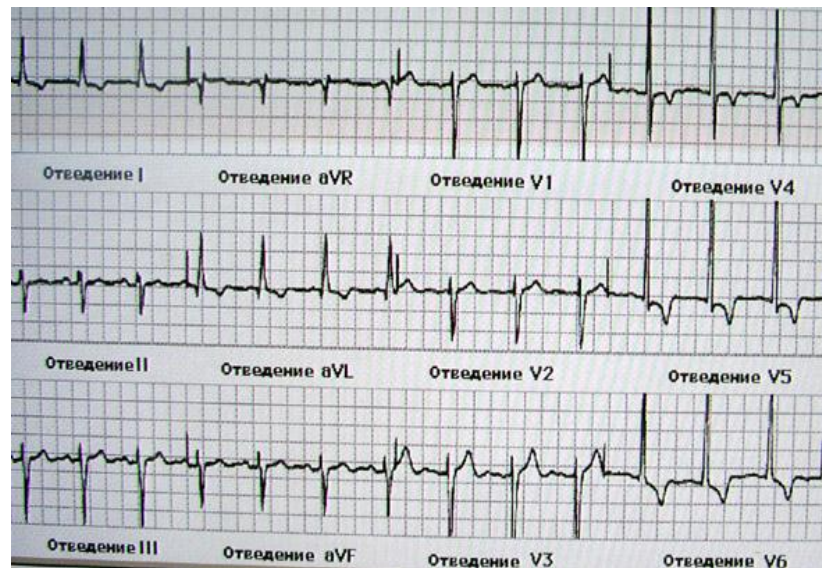
гемодинамик ангиноз оғриқлар сифатида акс этади. Бу ҳолатлар амалий жихатдан ЮИК ларига алоқадор бўлмасада, майда ўчоқли некрозларнинг ривожланиши эҳтимолдан холи эмас. Шунингдек, бу оғриқлар характери классик стенокардия билан ўхшаш бўлмаслиги билан бир вақтда, типик хуружлар эҳтимоли ҳам мавжуд. Бундай ҳолларда ЮИК билан дифференциал диагноз ўтказиш анча қийинлашади.

Кўрикда: тери ва шиллиқ қаватларнинг рангпарлиги, чўққи турткисининг кўтарилиши ва чапга ҳамда пастга силжиши. Тўш суяги ортида ва ундан ўнгда қовурға оралиғида систолик титраш, юрак турткисининг кучайиши ҳамда майдонининг кенгайиши, чапга, пастга силжиши. Паст секин ўсувчи пульс, АБ нинг (айниқса систолик), пульс босимнинг пасайиши.

Аускультатив: II қовурға оралиғи, баъзан тўш суягидан ўнгда I ва III қовурғалар оралиғида дағал систолик шовкин, шу соҳада систолик титраш характерли. II тон сусайган, юрак чўққиси соҳаси ёки тўшнинг чап қиррасида максимал эшитилади. Юрак чўққисида I тон сусайиши, аорта устида II тоннинг сусайиши ёки йўқолиши.

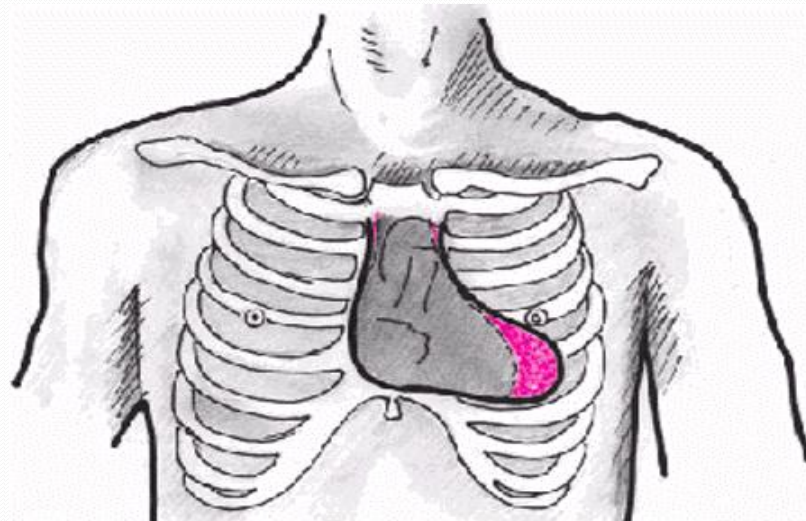
ЭКГ- чап қоринча гипертрофияси синдроми ва чап қоринча зўриқиши белгилари.





Рентгенологик – юрак аортал конфигурацияси, чап коринча катталашиши, аорта кутарилувчи кисмининг чегараланган постстенотик кенгайиши, рентгеноскопияда секинлашган, таранглашган пульсация аникланади.

Гипертония касаллигида юрак конфигурацияси



1. Юрак ишемик касаллигининг ривожланишига олиб келадиган модифицирланган хавф омиллари?
А) **жинс**
Б) тамаки чекиш
В) **ёш**
Г) артериал гипертония
Д) семизлик
2. ЮИК нинг ривожланишига сабаб буладиган номодифицирланган хавф омилларига қиради?
А) ЮИК оилавий анамнез
Б) **гипергликемия ва кандли диабет**
В) ёш
Г) **гипергомоцистеинемия**
Д) жинс
3. Қандай гуруҳ кишиларда ЮИК ривожланиши хавфи юкори?
А) **якин қариндошларида (биринчи авлод вакиллари – ота- оналар, тугишган ака – ука, опа – сингиллар, угил ва кизлар иккинчи авлод қариндошлар, яъни – амаки, тоға, хола, амма, буви – бувалардан кура аҳамиятлироқ) ЮИК бўлса;**
Б) турмуш уртоғининг қариндошларида ЮИК бўлса
В) **оилада ЮИК га чалинган аъзоларнинг қуплиги;**
Г) семизлик
Д) **қариндошларидан ёшлар орасида ЮИК бўлса; (эрқакларда 55 ёшгача, аёлларда 65 ёшгача).**
4. Қандай омиллар ЮИК ривожланиши хавфини бир неча баравар ошишига сабаб булади?
А) **ёш, жинс, оилавий анамнез**
Б) **пациентнинг турмуш тарзи – чекиш, гиподинамия, нотугри овқатланиш**
В) **кандли диабетнинг борлиги**
Г) **бошқа хавф омиллари – ортикча тана вазни, АГ, қондаги канд ва липидлар даражаси**
Д) **юкори тана вазни индекси, висцерал (абдоминал) семизлик белгилари.**
5. Тана вазни индексининг мос қурсаткичларини топинг:
А) 18,5дан паст – 2 даражали тана вазни юкорилиги
Б) 30 – 39,9 – тана вазнининг қамайиши
В) 40 дан юкори – нормал тана вазни индекси
Г) **25 – 29,9 – 1 даражали ортикча тана вазни**
Д) **18,5 – 24,9 – меъёрий тана вазни**

6. Юкори зичликдаги липопротеидлар даражасининг камайиши кандай холат билан ассоциацияланади?

- А) эркак жинсига мансублик;
- Б) беморларнинг ёш жихатдан кичкиналиги;
- В) **гипертриглицеридемия ва семизликнинг мавжудлиги;**
- Г) углеводларнинг куп истеъмол килиниши ва катталарда диабетнинг борлиги;
- Д) алкоголь билан

7. Аспирин кабул килишга курсатма:

- А) **миокард инфарктининг бирламчи профилактикаси**
- Б) **тромботик асоратларнинг давоси ва иккиламчи профилактикаси**
- В) уткир респиратор вирусли инфекциялар
- Г) **ревматик митрал стеноз**
- Д) **артериал гипертония**

8. Стенокардиядаги огрик характерини бахоланг:

- А) **огрик жисмоний зурикишда юзага келади**
- Б) огрик тинч холатда юзага келади
- В) **стенокардиядаги огрик туш ортида, босувчи характерда**
- Г) **кулларга, патски жаг, буйин, елкага иррадиацияланиб, хансираш билан кечади.**
- Д) **огрик эмоционал зурикишда юзага келади.**

9. Миокардитнинг диагностик мезонларини санаб утинг (Кардиологлар Нью - Йорк ассоциацияси 1973):

- А) АВ блокада
- Б) **I тон сусайиши.**
- В) **кардиомегалия**
- Г) **аспартатаминотрансферазалар даражасининг ошиши**
- Д) йутал

10. Ревмокардитнинг диагностик мезонларини топинг:

- А) **юррак сохасида огрик ва нохушлик.**
- Б) **хансираш.**
- В) синусли брадикардия
- Г) **юррак чуққисида I тоннинг сусайиши.**
- Д) **перикардит симптомлари.**

Кўкрак қафасида оғриқ безовта қилган беморларнинг муаммоларини ҳал қилишда талаба нималарни бажара олиши зарур:

№	Кўникмалар рўйхати	Эгаллаши лозим бўлган амалий кўникмалар
1.	Бемордан ва унинг қариндошларидан касаллик тўғрисида сўраб-суриштириш	1. Талаба эҳтимол қилинган ташхисни қўйиш учун ёрдам берадиган лўнда ва аниқ саволлар бера олиши керак 2. Талаба беморнинг шикоятларини аниқлаб уларни баҳолай олиши лозим 3. Талаба касаллик тарихини таҳлил қила билиши зарур: касалликнинг бошланиши, биринчи белгилари, уларнинг ўзаро боғланиш сабаблари ва ривожланиш динамикаси 4. Талаба бемор ҳаёт анамнезини таҳлил қила олиши керак: хавф омилларини, ота-онаси ва яқин қариндошларининг соғлиғини аниқлаши
2.	Хавф омилларини аниқлаш	Талаба бемордан сўраб-суриштириш ва объектив кўрик асосида бошқариладиган ва бошқариб бўлмайдиган хавф омилларини аниқлай олиши керак
3.	Тана вазни индексини ҳисоблаш	Талаба қуйидаги белгиларни аниқлай олиши лозим: тана вазнининг етишмовчилиги; тана вазнининг ортиқчалиги
4.	Қон босимини ўлчаш	1. Талаба қадамба-қадам текшириш тамойилини ҳисобга олган ҳолда тонометрия ўтказишни билиши лозим
5.	Терини кўздан кечириш	Талаба қуйидаги касалликларнинг белгиларини аниқлай олиши керак: - терини қамраб олувчи темираткига хос белгиларни; Талаба совуқ, нам ва рангпар терини аниқлай олиши зарур.
6.	Уйқу, билак ва сон артерияларида пульсни текшириш	Талаба пульс борлиги ёки йўқлигини аниқлай олиши керак. Талаба билак артериясида пульснинг хусусиятларини баҳолай олиши зарур.
7.	Қўл ва оёқларни кўрикдан ўтказиш	Талаба шишларни; қўл-оёқ веналарининг варикоз кенгайганлигини аниқлай олиши лозим.
8.	Сут безларини текшириш	Талаба сут безларини пайпаслаб кўриши ва тугунлар пайдо бўлган-бўлмаганлигини аниқлай олиши лозим.
9.	Кўкрак қафасини пайпаслаб кўриш	Талаба умуртқа-ковурға бўғимлари соҳасидаги чегараланган оғриқли нуқталарни аниқлай олиши керак
10.	Нафас олиш аъзоларини пайпаслаб ва эшитиб кўриш	Талаба қуйидагиларни баҳолай олиши керак: кўкрак қафаси экскурсияси; овозг титраш белгисини; ўпка

	(аускультация)	товушининг ўзгарганлиги ва уни тушунтириб бера олиш; нафас олиш турлари; нафас олиш йўлларида шовқин ва хириллашларнинг мавжудлиги
11.	Юрак-томир тизимини пайпаслаш, перкуссия ва аускультация қилиш	Талаба юрак бўлимлари гипертрофияси белгиларини аниқлай олиши керак Талаба қуйидагиларни баҳолай олиши лозим: юрак тонлари ; юрак уриш товушларида шовқинлар бўлганда уларнинг эпицентрини, уларнинг юрак фаолияти фазасига бўлган нисбатини (систолик ёки диастолик шовқин) аниқлаши; функционал юрак шовқинларини органик шовқинлардан фарқлай олиши; перикард ишқаланиш шовқини
12.	Қорин бўшлиғи аъзоларини пайпаслаб кўриш, перкуссия қилиш ва аускультация қилиш	Талаба қоринни юзаки ва чуқур пайпаслаб кўришни билиши керак. Талаба қуйидагиларнинг белгиларини аниқлай олиши шарт: ўткир қорин оғриғи; гепатомегалия, спленомегалия. Талаба қорин бўшлиғидаги барча сезиладиган ҳосилаларни баҳолай олиши керак
13.	Умurtқа поғонаси ҳола-тини баҳолаш (кўздан кечириш ва пайпаслаб кўриш, шу жумладан функционал синама ўтказиш)	1. Талаба қадамба-қадам текшириш тамойилини ҳисобга олган ҳолда умurtқа поғонасини текширишни билиши керак. Талаба қуйидаги белгиларни ёки симптомларни аниқлай олиши зарур: - патологик лордоз ва кифоз; умurtқа поғонасининг қийшайганлиги; функционал бузилишлар; умurtқа поғонасининг остеохондрозига хос бўлган белгилар
14.	Неврологик кўрикдан ўтказиш.	1.Талаба қадамба-қадам текшириш тамойилини ҳисобга олган ҳолда сезувчан соҳани баҳолаши ва қуйидаги белгиларни аниқлай олиши керак: -сезувчанликнинг бузилганлиги (аналгезия, гипалгезия, гипостезия, анестезия, парастезия, дизестезия ва бошқалар). 2. Талаба рефлексларни баҳолай олиши (неврологик болғача ёрдамида) ва қуйидаги белгиларни аниқлай олиши зарур: гиперрефлексия, гипорефлексия, арефлексия. 3. Талаба ҳаракатлантирувчи функцияларни баҳолаши ва уларнинг бузилганлигини аниқлай олиши керак.
15.	Офталмоскопия ўтказиш	Талаба қадамба-қадам текшириш тамойилини ҳисобга олган ҳолда офталмоскопия ўтказишни билиши ва кўз тубини кўздан кечириши, ҳамда артерия ва вена

		кесишмалари белгиларини аниқлай олиши керак.
16.	ЭКГ олиш ва уни шарҳлаб бериш	3. Талаба қадамба-қадам текшириш тамойилини ҳисобга олган ҳолда ЭКГ тушуришни билиши керак. 4. Талаба ЭКГ натижаларини шарҳлай олиши ва қуйидаги ўзгаришларнинг белгиларини аниқлай олиши зарур: миокард ишемияси, миокард инфаркти, юрак бўлмалари гипертрофияси.
17.	Клиник, биокимёвий ва асбобий текширув натижаларини таҳлил қилиш	Талаба қуйидаги белгиларни аниқлай олиши керак: наҳорги гликемиянинг бузилганлигини; глюкозага толерантликнинг бузилганлиги, дислипидемия
18.	Ўпка рентген суратларини изоҳлаб бериш	Талаба қуйидаги белгиларни аниқлай олиши керак: пневмония, пневмоторакс, Плеврит, ўпка раки, сил касаллиги ва ўпка артерияси тромбоэмболияси
19.	Кўкрак қафасида оғриқ билан бирга кечадиган касалликларни фарқлай олиш	Талаба касалликларни уларнинг ўзига хос белгиларига қараб фарқлай олиши керак (анамнез, объектив кўриқдан ўтказиш ва лаборатор-асбобий текширувлар)
20.	Дориларсиз даволаш бўйича маслаҳатлар бериш	Талаба қуйидагиларни билиши лозим: -беморларни ўзини-ўзи назорат қилишга ўргатиш, парҳез ва соғлом турмуш тарзи бўйича маслаҳатлар бериш.
21.	Кўкрак қафасида оғриқ билан кечадиган касалликларни даволашда дори воситаларидан оқилона фойдаланиш	3. Талаба самарадорлиги исботланган дориларни танлай олиши лозим. 4. Дори воситасини танлашда талаба қуйидагиларни баҳолай олиши керак: самарадорлик хавфсизлик, қулайлик, арзонлик.
22.	Кўкрак қафасида оғриқлар билан кечадиган касалликларга чалинган беморлар мониторинги ва уларни кузатиш	Талаба ва ОП шароитида мониторинг ўтказа олиши ва қуйидагиларни назорат қилишни билиши керак: қондаги глюкоза миқдори, АБ кўрсаткичи, қондаги липидлар даражаси, динамикада ЭКГ даги ўзгаришлар.

Вазиятли масалалар.

1-клиник вазият

К. исмли бемор, 52 ёшда УАВ га бир йилдан буён ҳаракатда юрак соҳаси сиқиб оғришидан шикоят билан мурожат қилди.

Қўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади).

Беморнинг сўзларига қараганда оғриқ бир йилдан буён кузатилади ва у хотинининг ўлимидан сўнг бошланган. Оғриқ юрганида пайдо бўлади ва чап елкасига тарқалади, тинч ҳолатда йўқолади. Шунингдек вақти-вақти билан йўтал тутиб, балғам ажралади. Беморнинг отаси миокард инфарктидан вафот этган. Кунига 20 дона сигарет чекади.

Объектив кўрилганда: терида ўзгаришлар йўқ. Юрак тонлари бир маромда, аниқ. А/Б 120/70 мм.симоб устунига тенг. Тана ҳарорати -36,5° С. Тана вазни индекси – 37.

Нб- 120 г/л; Эр-3,7х10¹² л; Л- 6,1х10⁹ л. ЭЧТ - 7 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: 100 мл, ранги о/с, солиштира оғирлиги – 1015, оксил – йўқ, лейкоцитлар 1-2/1; Наҳорда қондаги қанд микдори– 5,5 ммоль/л; ЭКГ – ўзгаришлар йўқ. Қондаги умумий холестерин – 8,8 ммоль/л.

2-клиник вазият

К. исмли 52 ёшли бемор аёл, оиласидаги жанжалдан сўнг 7 соат ўтгач УАВ га юраги сиқилиб оғриётганлигидан шикоят билан мурожаат қилди, оғриқ 5 та нитросорбит таблеткаси ичса ҳам ўтиб кетмаган, чап қўли увушиб, боши айланган. ҚВП га келаётганида ҳушидан кетган.

Қўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади).

Бемор кўрикдан ўтказилганда у асабийлашган, тери қопламалари ёпишқоқ, совуқ, пульс 1 дақиқада 98 марта, А/Б 90\60 мм.симоб устунига тенг, вазни 100 кг, бўйи 1м 67см.

ЭКГ: III тармоқда да - ST сегменти изолиниядан пастда; ST сегменти аVF тармоқда изолиниядан юқорида, I, аVL да изолиниядан пастда.

3-клиник вазият

К. исмли бемор, 56 ёшда, УАВ га юраги сиқиб оғриши ва уни орқасига тарқалиши, пасайиб ва кучайиб туришидан, нафас қисиши, ўта ҳолсизликдан шикоят билан мурожаат қилди. Беморнинг сўзларига қараганда, касаллик кутилмаганда бир соат олдин тўш суягининг орқасида кучли оғриқ пайдо бўлишидан бошланган. Анамнезидан маълум бўлишича, 15 йилдан буён қурилишда ишлайди, қон босими баландлигидан азият чекади, ҳеч қачон даволанмаган.

Қўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади).

Бемор кўрикдан ўтказилганда у асабийлашган тери қопламалари рангпар, нафас олиш сони бир дақиқада 28 та, юрак уриши 98 марта; сон артериясида пульс йўқ, А/Б 90\60 мм.симоб устунига тенг, тана вазни 100 кг, бўйи 1м 67см. Аускультацияда аорта устида диастолик шовқин. ЭКГ: ST сегменти изолиниядан юқорида, Т манфий.

4-клиник вазият

К. исмли бемор, 32 ёшда, хайдовчи, иш вақти тугагандан сўнг эрталаб УАВ га кўкрак қафасининг чап қисмида оғриқ безовта қилаётгани, ҳаракатланганда кучайишига, чап кўли увушиб қолишига шикоят билан мурожат қилди.

Қўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади).

Беморнинг сўзларига қараганда бир йилдан буён оғриқ сезади, касалликнинг бошланишини ҳеч нима билан боғламайди, бир марта ҳушини йўқотган, бўйни ва орқасини укаласа, оғриқ бироз пасаяди. Юрак 1 дақиқада 70 та уради., А\Б 120\70 мм.симоб устуни., вазни 100 кг, бўйи 1м 67см. Бўйин чап паравертебрал нуктаси пайпаслаб кўрилганда оғриқ сезилади. Бўйин фаол ҳаракати сусайган.

Нб- 130 г/л; Эр-3,8х10/12 л; Л- 6,8х10/9 л. ЭЧТ - 3 мм/с. Қоннинг умумий таҳлили ва ЭКГ ўзгаришларсиз. Қондаги мочевина ва креатинин кўрсаткичлари –меъёрида. Умумий холестерин – 7,5 ммоль/л. Умurtқанинг бўйин-кўкрак қисми рентгени: умurtқалараро оралиқнинг торайганлиги белгилари.

5-клиник вазият

К. исмли бемор, 22 ёшда, УАВга юраги санчиб оғриши, юрганида кучаядиган юрак ўйноғи, тана ҳарорати кўтарилиши ва қуруқ йўтал, ўта ҳолсизлик ва тинч ҳолатда ҳам ҳарсиллашдан шикоят билан мурожат қилди.

Қўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади).

Беморнинг сўзларига қараганда у бир ҳафта олдин ўткир респиратор касаллик ўтказганидан сўнг юрак соҳасида оғриқ билан бошланган. Юрак уриши 1 дақиқада 90 марта; А\Б 100\70 мм. симоб устунига тенг, нафас олиш сони бир дақиқада 22 марта, юрак чегаралари чапга ва ўнгга кенгайган, тонлари бўғиқ, чўққида систолик шовқин, оёқлари шишган, гепатомегалия.

ЭКГ: ритм синусли, Р-Q интервали 0,24 сония, якка қоринчалар экстрасистолияси.

Нб- 105 г/л; Эр-3,1х10/12 л; Л- 6,5х10/9 л. ЭЧТ - 13 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: 200 мл, ранги –оч сариқ, солиштирма оғирлиги–1021, оксил – йўқ, лейкоцитлар 3-4/1; АлТ – 0,86; АсТ- 0,52.

6-клиник вазият

К. исмли бемор, 53 ёшда, кунига 40 тагача сигарет чекади, сўзларига қараганда тез-тез шамоллаб туради, оёқ веналари варикоз касаллигига чалинган, руҳий-эмоционал стрессдан сўнг эрталаб тўш ортидаги оғриқдан уйғонган ва тўсатдан хансираш бошланган, йўталганида, балғамида қон пиликчалари пайдо бўлган. Валидол қабул қилганда оғриқ пасаймаган. Бир неча соат ўтгач УАВни чақирган.

Қўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади).

Бемор кўриқдан ўтказилаётганда асабийлашган; тери қопламлари кўқарган. Юрак – ўпка артерияси устида II тон кучсизланган; юрак уриши 1 дақиқада 108 та, А\Б 90\60 мм.симоб устуни, ўпкаларида везикулар нафас, жарангдор ҳул хириллашлар эшитилади. Тана вазни индекси – 39.

ЭКГ: юрак ўнг бўлимларида зўриққанлик белгилари.

7-клиник вазият

УАВни 29 ёшли М. исмли бемор уйига чақирган, унинг ўнг кўкрак қафасида оғриқ, йўтал безовта, зангсимон балғам безовта қилади, тана ҳарорати юқори.

Кўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади).

Беморнинг сўзларига қараганда, 2 кун аввал кучли совқотиш натижасида тоби қочган. Тана ҳарорати тўсатдан кўтарилиб 39°C гача етган, йўтал безовта қилади. Бир кун олдин кўкрак қафасининг ўнг томонида оғриқ, ўта ҳолсизлик ва нафас қисиши пайдо бўлган.

Объектив кўриқда: тери қопламлари рангпар, юзлари қизарган. Юрак тонлари сусайган. Нафас олиш сони – 1 дақиқада 20 та. Кўкрак қафасининг ўнг томони нафас олишда орқада қолади. Пайпаслаб кўрилганда: ўнгда пастги қисмда товуш титраши кучайган. Перкуссияда пастки бўлимларда ўнгда ўпка товуши бўғиқ. Аускультацияда: везикулар нафас, кучсиз крепитация, жарангдор майда пуфакчали ҳул хириллашлар. Тана ҳарорати 38,8°C.

УҚТ: Нб- 132 г/л; Эр-4,1х10/12 л; Л- 10,5х10/9 л. ЭЧТ - 21 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: 200 мл, ранги – о/с, солиштирма оғирлиги – 1021, оксил – йўқ, лейкоцитлар 3-4/1.

Кўкрак қафаси рентгени: ўнгда пастки базал сигментларда гомоген хиралашган жойлар.

8-клиник вазият

УАВ га 59 ёшли эркак кўкрагидаги оғриқ ва озиб кетганлигидан шикоят билан мурожат қилди.

Кўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади).

Бемор 20 йилдан буён кунига 20-30 та сигарет чекади. Бир неча ойдан буён йўтал тутиб, балғамида қон пиликчалари пайдо бўлган, озгина ҳаракатда ҳам нафаси қисади, тана ҳарорати 37,5 С гача кўтарилган, 6 кг.га озган.

Кўриқдан ўтказилганда тери қопламлари рангсиз, пальпацияда кўлтиқ ости соҳасидан ўнгда лимфа тугунлар катталашганлиги аниқланади. Нафас олиш сони бир дақиқада 20 та, юрак тонлари бўғиқ, ўпкалар перкуссиясида ўнг томонда 3-4 қовурғалар соҳасида ўпка товуши бўғиқ, аускультацияда ўнгда кучсиз везикулар нафас.

Нб- 88 г/л; Эр-3,1х10/12 л; Л- 8,5х10/9 л. ЭЧТ - 35 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: 200 мл, ранги – оч сариқ, солиштирма оғирлиги – 1019, оксил – йўқ, лейкоцитлар 1-2/1.

Кўкрак қафаси рентгени: ўпканинг юқори соҳасида контурлари ноаниқ думалоқ соя мавжуд.

9-клиник вазият

К. исмли бемор, 30 ёшда, УАВ га кўкрак қафаси ва унинг орқа қисмида оғриқ, тана ҳароратининг 37,3°C гача кўтарилиши, тинч ҳолатда ҳарсиллаш, йўталганда шилимшиқ балғам ажралишига шикоят билан мурожат қилди.

Қўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади).

Анамнезида- 6 ой илгари қамокдан чиққан, чекади, ҳолати бир ой ичида ёмонлашган, даволанмаган.

Бемор кўриқдан ўтказилган вақтда асабийлашган, тери қопламалари рангпар, кўзлари ялтирайди. Юрак тонлари бўғиқ. нафас олиш сони бир дақиқада 22 та; ўнгда ён томонда кўкрак қафаси нафас олиш актида орқада қолмоқда. Пальпацияда: ўнгда орқа томонда пастки бўлақларда товуш титраши сезилади. Перкуссияда: ўнгда 5-қовурғача бўғиқ товуш, шу ер аускультацида везикуляр нафас эшитилмайди.

УҚТ: Нб- 122 г/л; Эр-3,7х10/12 л; Л- 10,3 х10/9 л. ЭЧТ - 25 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: 100 мл, ранги – оч сариқ, солиштирма оғирлиги–1023, оксил–йўқ, лейкоцитлар 1-2/1.

Кўкрак қафаси рентгени: 4-қовурға даражасигача гомоген характердаги, юқори чегарадан пастга ва ичкарига қараб қийшайган хиралашган жойлар.

10-клиник вазият

УАВ га 55 ёшли аёл кўкрак қафаси ва сут безларидаги оғриқдан шикоят билан мурожат қилди.

Қўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади).

Бемор аёлда 5 йил илгари менопауза бошланган, болалари йўқ. Кўриқдан ўтказилганда: сут безлари катта, тери қопламалари ва сўргич ўзгармаган, улардан ажратмалар йўқ. Пальпация қилинганда ўнг сут безининг юқори-ташқи квадратида зич, оғриқсиз, ҳаракатсиз 3х2 см ҳажмдаги ҳосила борлиги сезилади.

11-клиник вазият

К. исмли бемор аёл, 25 ёшда, сўзларига қараганда, 3 кун олдин тана ҳарорати 39°C гача кўтарилган, боши оғриб, лоҳас бўлган, қалтираш кузатилган. Тоби қочганининг иккинчи куни кўкрак қафасининг ўнг томонида қовурғалар бўйлаб терининг бир неча жойида тошмалар пайдо бўлган.

Қўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади).

Ўнгда қовурғалар орасида 2-5 мм катталикдаги ҳошияли, тўп-тўп жойлашган пушти ранг тери тошмалари ва тиниқ серозли, оғриб турувчи пуфакчалар аниқланади. Пальпацияда ўнг кўлтиқ ости лимфа тугунлари катталашган.

12-клиник вазият

УАВ га 55 ёшли АГ дан азият чекувчи аёл мурожаат қилиб юрак соҳаси сиқиб оғришидан шикоят қилди.

Қўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади).

Беморнинг сўзларига қараганда 8 йилдан буён АГдан азият чекади, шу сабабли эналаприл қабул қилади. Оғриқ 10 кун олдин қаттиқ асабийлашганидан сўнг пайдо бўлган. Оғриқ вақти-вақти билан, айниқса жисмоний зўриқишдан сўнг пайдо бўлиб туради, чап елкасига тарқалади, тўхтаганидан кейин 15 дақиқалар ўтгач ўтиб кетади. Чекади, баъзан спиртли ичимликлар ичиб туради.

Объектив кўрикда: терида ўзгаришлар йўқ. Юрак тонлари бир маромда, аниқ. А/Б 155/95 мм.симоб устуни, тана ҳарорати $-36,5^{\circ}$ С. Вазни 98 кг, бўйи – 161 см. Офталмоскопия: артериянинг иккала томонида ҳам веналар конус шаклида торайиб кетган.

Нб- 122 г/л; Эр-3,2х10/12 л; Л- 6,3х10/9 л. ЭЧТ - 5 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: 100 мл, оч сариқ рангда, солиштира оғирлиги – 1015, оксил – йўқ, лейкоцитлар 2-4/1; Наҳорда қондаги қанд миқдори – 5,5 ммоль/л; ЭКГ – чап қоринча гипертрофияси белгилари. Қондаги умумий холестерин миқдори – 9,8 ммоль/л.

• Жорий баҳолаш меъзонлари

Рейтинг баллари	Талабалар меҳнатини характеристикаси
0 - 54,9	Талаба қониқарсиз жавоб берди Талаба таянч билим ва кўникмага эга эмас , санаб ўтилганлардан бирортасини ҳам: Стенокардия клиник белгиларини билмайди Стенокардияни функционал синфлари буйича классификациясини билмайди ЮИК ни хавф омилларини билмайди ЮИК да қўлланиладиган дори воситаларини билмайди ЭКГ да ишемия белгиларини фарқлай олмайди. Стенокардия билан келган бемордан анамнез йиғишни билмайди. Стенокардия билан келган беморни қабул қилиш вақтида унинг ҳолатини баҳолай олмайди. ҚВП ва ОП шароитида ЮИК ва ИМ ли беморларни текширув режасини тузолмайди
55-60,9	Паст даражадаги қониқарли жавоб. Талаба базовий билим даражаси ва қуникмаларга эга бўлиши (пастга қара), лекин жавоблари ёки қуникмалар бажаришида қўпол хатоларга йўл қўяди.
61-65,9	Ўрта даражадаги қониқарли жавоб. Талаба базовий билим даражаси ва қуникмаларга эга бўлиши (пастга

	<i>қара), лекин жавоблари ёки куникмалар бажаришда қўпол хатоларга йўл қўяди (олохида хатоларсиз)</i>
66-70,9	Қоникарли юқори сифатли жавоб Талаба бошланғич билим даражаси ва куникмаларга эга бўлиши: Стенокардия клиник белгиларини билади Стенокардияларини функционал синфлари классификациясини билади. ЮИК ни хавф омилларини билади ЮИК да қўлланиладиган дори воситаларини билади ЭКГ да ишемия шикастланиш ва некроз белгиларини фарқлай олади. ЭКГ да стенокардияда буладиган узгаришларни аниқлай олади. Стенокардия билан келган бемордан анамнез йиғишни билади. Стенокардия билан келган беморни қабул қилиш вақтида унинг ҳолатини баҳолай олади. Лаборатор – асбобий текшириш натижаларини таҳлил қила олади • ҚВП ва ОП шароитида ЮИК ва ИМ ли беморларни текширув режасини тузолмайди • Касаллик тарихига кундалик ёза олади
71-85,9	Талаба базовий билим даражаси ва куникмаларга эга бўлиши, билим ва куникмани келгусида ўтказиши: ЮИК патогенезини билади. • ЭКГ га асосланган ҳолда МИ ни жойлашиши соҳасини аниқлай олади. • ҚВП ва ОП шароитида ЮИК ли беморларни кузатиш ва мониторинг ўтказиш тамойилларини билади. МИ ни босқичларини билади ЮИК ни классификациясини билади Дори воситаларни таъсир механизмини билади • ЮИК билан касалланган беморларни даволашда қўлланиладиган дори воситаларини танлай олади. • ЮИК да бирламчи иккиламчи ва учламчи профилактикасини билади • МЛО саволлар асосида мидикаментоз номедикаментоз консултацияларни ўтказиш кўникмасига эга ҚВП ва ОП шароитида ЮИК ли беморларни диспансеризация ва реабилитациясини билади
86-100	Талаба базовий билим даражаси ва куникмаларга эга бўлиши билим ва куникмани келгусида ўтказиши: Стенокардияни даволаш тамойилларини билади Коронарографияга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни билади Қушимча адабиотлар асосида илмий малумотлар келтиради (мақола ва

	интернет). Стенокардини эхокардиографик белгиларини билади АКШ га кўрсатма ва қарши кўрсатмани билади
--	---

Машғулотнинг хронологик таркиби

Вақт	Тадбир	Таркиби	Материаллар	Машғулот давомийлиги
8.30-8.45	Ўтилган мавзу бўйича билим назорати	Талабалар билан савол-жавоб	Амбулатор карталар, ЭКГ, кодоскоп.	15 дақиқа
8.45-9.30	Маълум мавзуларда беморлар клиник аудити.	Талабаларнинг бе-морлар ҳақида тўла ҳисоботи.		45 дақиқа
9.30-11.00	Мавзуни назарий муҳокамаси	Интерактив усулни қўл-лаган ҳолда талабалар-нинг дастлабки тайёрлик даражасини текшириш. Талабаларга шу мавзуга доир вазиятли масалалар берилади, улар анализ қилишлари ва хулоса бе-ришлари зарур.	Мавзуга доир вазиятли масалалар, жадваллар, ўқув доска-лари.	90 дақиқа
11.05 - 11.50.	Амалий кўникмаларни ўрганиш	Талаба ўқитувчи назора-тида камида иккита амалий кўникмани бажариши лозим.	муляж ёки волонтер.	45 дақиқа
11.50-12.45	Танаффус			55 дақиқа
12.45-14.20	Мавзуга оид беморларни муҳокама қилиш	Педагог танлови бўйича машғулот мавзусига доир беморни тўлиқ кўриги, лаборатор-инструментал маълумотларини таҳлил қилиш, тахминий ва яку-ний клиник ташҳисини асослаш. Дори воситала-ри дозалари билан даво-лаш режасини аниқлана-ди.	Бемор, фонен-доскоп, тоно-метр, амбула-тор карталар (клиник-лабо-ратор текши-рув маълумотлари билан).	90 дақиқа

Назорат саволлари:

1. ЮИК да асосий хавф омиллари.
2. Стенокардияни функционал синфлари буйича дифференциал диагностикаси.
3. Стеникардияда оғрик синдроми характери.
4. ЮИК да асосий лаборатор асбобий текширишлар курсаткичлари.
5. Стенокардиянинг турли босқияларида УАВ тактикаси.
6. Нитратларни таъсир механизми
7. Гипотензив препаратларни асосий группаси.
8. Диуретиклар таъсир механизми.
9. В-блокаторлар таъсир механизми.
10. АПФ ингибиторлар таъсир механизми.
11. Стенокардияда Бирламчи ва иккиламчи профилактика.
12. Антиагрегантлар таъсир механизми.
13. Хирургик даволашга кўрсатмалар.
14. ЮИК бирламчи ва иккиламчи профилактикаси

Юрак соҳасидаги хуружли оғриқда беморни сўраш картаси

№ _____ Дата _____

Ф.И.О. _____

			Оғриқ характери						
			ғижимловчи	босувчи	симилловчи	сукулувчи	Кесиб ўтувчи	куйдирувчи	Кўрак қасасини босувчи хис
Оғриқ локализацияси	1.	Оғриқ тезлиги (частотаси) ¹							
	2.	Оғриқ давомийлиги ²							
	3.	Тўш орқасида							
	4.	Тўшдан чапда							
	5.	Чап курак соҳаси							
	6.	Сўрғич соҳаси							
	7.	Ўмров ости ва пастда							
	8.	Курак усти соҳаси							
	9.	Чап қўл							
	10.	Чап бўйин соҳаси							
	11.	Жағ ва бошқа локали-зациялар.							
Оғриқ кучи	12.	Чидаб бўлмайдиган							
	13.	Кучли							
	14.	Ўртача							
	15.	Кучсиз							
Оғриқ қаерга тарқалади?	16.	Чап кулга							
	17.	Чап куракка							
	18.	Жағга							
	19.	Ўмровга							
	20.	Бўйинга							
	21.	Ўнг қўлга							
	22.	Бошқа жойларга							
Пайдо бўлиш шариоти	23.	Кучсиз жисмоний зуриқишда (юриш) ³							
	24.	Асаб омиллари							
	25.	«Сабабсиз»							
	26.	Кўп овқат егандан кейин (ўткир овқатлар)							

	27.	Спиртли ичимликлар							
	28.	Чекиш							
	29.	Тунда							
	30.	Оғир нарса кўтарганда (чап кул билан)							
	31.	Чап кўл юқорига кўтарилганда							
	32.	Юрак тез уриши							
	33.	Тананинг кескин ҳаракатида (айланганда, эгилганда)							
Оғрик нимадан кейин қолади ёки камаяди?	34.	Нитроглицерин: қанча тез? Суткада неча таблетка?							
	35.	Юрганга тўхташ? (тез, секин)							
	36.	Валидол (тез, секин)							
	37.	Ўз-ўзидан							
	38.	Тана вазиятини ўзгартирганда							
	39.	Жисмоний зўриқиш							
	40.	Эмоционал зўриқиш							
Қўшимча ҳолатлар	41.	Тез тиббий ёрдам чақириғига муҳтож бўлди, оғрик қолдирувчи восита инъекцияси, (неча мар-та)							
	42.	Ўлим ваҳимаси							
	43.	Перебои							
	44.	Буғилиш							
	45.	Ўта ҳолсизлик							
	46.	Қалтираш, тутқаноқ							
	47.	Кўп сийдик ажратиш							
	48.	Юрганга қачон оғриқлар биринчи марта пайдо бўлди?							
	49.	Тинч ҳолатда оғриқлар қачон биринчи марта пайдо бўлди?							

Изоҳ: ¹- К- камдан-кам; Н- ҳар ҳафта ; Д- ҳар куни; М- кунида бир неча марта;

² оғрик давомийлиги секундда, минутда, соатда белгиланади.

³ Т - тез; О – одатий; С- секин; Т – Тоғга чиққанда; СҲ- совуқ ҳавода; К- кўчага чиққанда, Д- 10-20- кадамдан кейин; С- 100-200 метрдан кейин; ТМ- тўхташга мажбур; С секин юради;

Фойдаланган адабиётлар

1. Умумий амалиёт врачлар учун маърузалар туплами , Гадаев А.Г., Т., 2012
2. Общая врачебная практика, Под ред.Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Справочник врача общей практики. Дж.Мёрта. М.: Практика, 1998.
4. Сборник практических навыков для врачей общей практики. Гадаев А., Ахмедов Х.С. Т., 2010.
5. Умумий амалиёт врачлар учун амалий куникмалар туплами Гадаев А.Г., Ахмедов Х.С., 2010. Т.
6. Терапевтический справочник Вашингтонского Под ред. М.Вудли М.: Практика, 2000.
7. Умумий амалиёт шифокори учун кулланма Ф.Г.Назирова, А.Г.Гадаев тахр. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
8. Диагностика болезней внутренних органов. Околоков А.Н. Все томы.2005.
9. Лечение болезней внутренних органов. Околоков А.Н. Все томы.2005.
10. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Виноградов А.В. М.: Медицинское информационное агенство, 2009.
11. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (1т) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:
12. Внутренние болезни: учебник.- в 2-х т. (2 т.) Под ред. Мартынова и др. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005:

Интернет ресурслар:

<http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html>,<http://dir.rusmedserv.c>,<http://www.medlinks.ru/>,<http://www.kosmix.com/>,<http://www.medpoisk.ru/>,<http://www.tripdatabase.com/>,<http://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook>,<http://www.intute.ac.uk/medicine/>
<http://elibrary.ru> <http://www.freebooks4doctors.com/> <http://www.medscape.com/>
<http://www.mededucation.net/> <http://www.thecochranelibrary.com>

Интернет медицина сайтлари:

Med.-site.narod.ru

www.medlook.ru

www.medbok.ru

www.medicum.ru

www.medtext.ru

www.medkniga.ru