

Аортал нуқсонлар.

(маъруза матни)

Аннотация Ушбу маъруза тиббиёт институтларининг IY курс талабалари учун езилган бўлиб, унда узбек, рус, инглиз тилидаги замонавий адабиёт манбаларидан кенг фойдаланилган.

Маъруза терапия фанининг ҳозирги талаблари ва ютуқларини ҳисобга олган ҳолда хронологик тартибда, изчиллик билан, ягона методик принцип бўйича езилган.

Ушбу маърузада мавзуга тааллуқли барча зарур маълумотлар келтирилган: чунончи: мавзунинг долзарблиги, касаллик таърифи, қисқача статистик маълумотлар касаллик таснифи, этиологияси, патогенези, па-тологик анатомияси, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, кечии вариантлари, асоратлари, даволаш усуллари, профилактикаси ва бошқалар.

Аортал қопқоқ етишмовчилиги (аортал етишмовчилик) – юрак иллатларидан бўлиб, бунда ярим ойсимон қопқоқлар аортал тешиқни тўлиқ ёпмаслигидан диастола даврида аортадаги қон қайтиб чап қоринчага тушади.

Аортал қопқоқ етишмовчилиги кузатилиши бўйича митрал ва қўшма митрал юрак иллатидан сўнг иккинчи ўринни эгаллайди.

Кўп ҳолларда аортал етишмовчилик аорта оғзи торайиши билан, бошқа қопқоқлар ичида митрал стеноз билан бирга кечади.

Аортал етишмовчилик, аортал стенозга нисбатан 5 марта кўп, асосан эркакларда кузатилади.

Этиологияси. Аортал етишмовчилик ривожланишида қуйидаги сабаблар роль ўйнайди.

1. Ревматизм (таҳминан 80% ҳолларда)
2. Сурункали септик эндокардит
3. Сифилис (заҳм)
4. Кўкрак қафаси жароҳатланиши
5. Аорта атеросклерози
6. Туғма иллат (кўп ҳолда бошқа қопқоқ иллатлари билан бирга кузатилади)

Патогенези ва гемодинамика ўзгаришлари. Аортал қопқоқларнинг тўлиқ ёпилмаслиги натижасида диастола даврида қонни аортадан чап қоринчага қайтиб тушиши кузатилади. Регургитация қонни систолик ҳажмини 6% дан 50% гача ва ундан ортиғини ташкил қилиши мумкин. Унинг ҳажми қуйидагиларга боғлиқ:

- 1) аортал текшикни ёпилмаган қисми майдониға;
- 2) аорта-чап қоринчадаги босимлари градиентига;
- 3) дистоланинг давомийлигига. Қонга тўлишликнинг ошиши натижасида (меъёрида бўлмайдиган келган қон ҳисобига, шунингдек қўшимча аортадан келган қон ҳисобига) чап қоринча дилатацияланади, унинг функцияси ошади чунки у систола даврида катта миқдордаги қонни ҳайдаши зарур бўлади (қоринчанинг систолик ҳажми 200-220 млга етиши мумкин). Натижада қон ҳайдашига қаршилиқ йўқлигидан чап қоринча ўртача гипертрофиялашади. Қоринча дилатацияси компенсаторли бўлиб, чап қоринча қисқариш функциясининг сақланиши билан кечади, шу боис уни адаптацион (тоноген, бирламчи) деб номланади, иккиламчи (миоген) дан фарқли функциясини камайиши билан боғлиқ ривожланади. Қопқоқли дефект катта бўлганда ва декомпенсациянинг юзага келганида босим ошиб боради, бунга боғлиқ чап қоринчадаги диастолик гиперфункция ривожланади. Чап бўлмача ва чап қоринчанинг ифодаланган дилатацияси, чап бўлмача-қоринча орасидаги тешикнинг кенгайиши, натижада митрал қопқоқнинг нисбий етишмовчилиги шаклланади, чап бўлмачага юкламанинг ошиши кучайиб боради. Кейинчалик декомпенсацияга боғлиқ кичик қон айланиши доирасида турғунлик ривожланиши мумкин (пассив ўпка гипертензияси), ўпка артериясида босим ошади, ўнг қоринчанинг гиперфункцияси ва гипертрофияси ривожланади, кейинчалик ўнг қоринча етишмовчилиги авж олади.

Патологик анатомия.

Қопқоқлар айниқса ревматик вальвулитда кучли деформацияланади. Захмли иллатда қопқоқлар деформацияси катта эмас, шунингдек аортанинг кўтарилувчи қисми ва унинг оғзининг кенгайишида мезоаортит мавжуд бўлиб, бу қопқоқларнинг нисбий етишмовчилигига олиб келади. Аорта атероматози ўртача қопқоқлар деформациясини келтириб чиқаради, унинг асосида кўп ҳолда аортал қопқоқларнинг нисбий етишмовчилиги ривожланади. Жароҳатланишли иллатда аорта яримойсимон қопқоқларнинг битта тавақчаси узилиши топилади. Септик эндокардитда характерли патологоанатомик кўриниш мавжуд (сўгалсимон ёки сўгалсимон-ярали эндокардит, тромбоземболиялар ва уларнинг асоратлари, талоқнинг катталашуви ва ҳ.к.)

Клиник кўриниши

Юрак иллатининг компенсация босқичида, анча узоқ давом этувчи, субъектив хиссиётлар кузатилмайди, юрак иллоти профилактик куриқдан ўтказишда кутилмаганда аниқланади. Баъзида беморлар бутун танадаги кучайган пульсацияга, уйқу артериялари соҳасида, периферик артериал томирларда, айниқса кучайган жисмоний зўриқишларда юракни тез уришига шикоят қилади (юракни зарб ҳажми ошиши ва ҚБ нинг кескин ўзгаришлари билан боғлиқ белгилар). Юракни тез уриши шунингдек қисман гипертрофиялашган чап қоринчани кўкрак қафаси деворига кучайган урилишлари билан боғлиқ. Юракни тож артериялари тизимида қон

айланишини бузилиши натижасида юракда стенокардияга хос оғриқлар, миёда қон айланиши бузилишидан-бош айланишлар, ҳуш йўқотишлар кузатилади. Чап қоринчанинг қисқариш фаолиятини пасайишига боғлиқ аввал жисмоний зўриқишда, сўнгра тинч ҳолатда ҳансираш. нафас сиқиши (юрак астмаси) пайдо бўлади. Кейинчалик ўнг қоринча етишмовчилиги кўшилиб, ўнг қобирға равоғи соҳасида оғирлик ва оғриқ, оёқларда шиш пайдо бўлиши кузатилади. Беморни кўздан кечиришда тери томирларида қонга тўлишнинг рефлексор камайишига боғлиқ терининг рангпарлиги аниқланади. Бу айниқса сурункали септик эндокардитда ифодаланган, касалликда мавжуд анемия, юрак иллати декомпенсациясида сақланиб қолади, шу боис тери ранги кулранг –рангпарлик тусини олади. Авж олган юрак иллатида ҳар хил артерияларнинг кучли пульсацияси («артериялар ўйини») ўзига жалб қилади, айниқса бўйинда уйқу артерияларда (каротидлар ўйини) кузатилади. Уйқу артерияларнинг пульсацияси синхронли бошнинг ритмик чайқалиши билан кечади (ҳар қайси систолада бош орқага тортади, сўнгра олдиға энгашади-Мюссе белгиси).

Баъзида юзаки жойлашган барча артерияларнинг кучайган пульсациясини («пульсацияланувчи одам») аниқлаш мумкин. Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда тилчанинг ва муртакларнинг пульсацияси (Мюллер белгиси, ёки симптоми) аниқланади, тилнинг илдизига босилганда унинг пульсацияси кузатилади. Шунингдек қорачиғнинг систолада торайиши, диастолада кенгайиши (Ландольфи белгиси); кўз туби текширилганда тўр парда томирларининг пульсацияланиши аниқланади.

Патологик пульсацияни артериолаларда ҳам псевдокапилляр пульс сифатида аниқлаш мумкин (Квинке симптоми). Унинг аниқланиши учун кафтдан тирноқнинг тескари томонига бироз босилганда тирноқ супачаси капилляри то оқариб, то қизаради (пульсацияланади).

Ҳар доим, чап қоринчанинг кескин катталашувига боғлиқ кўкрак қафасининг юрак соҳасида кучли чайқалишини аниқлаш мумкин, бу пульсация юрак чўққисида тўшгача тарқалади, шу билан бирга пульсацияни максимум ифодаланиши юрак бўғиқлигининг чап чегараси соҳасида кузатилади. Чўққи тепкиси ҳар доим кучайган ва кўрганда аниқланади, чапга ва пастга силжиган (олтинчи-еттинчи қобирғалар оралиғида). Агар юрак иллати ёшлик ва ривожланган бўлса, юрак букрлиги шаклланиши мумкин.

Юрак соҳасини пальпация қилинганда кучайган чўққи тепкиси олтинчи ва ҳатто еттинчи қобирғалар оралиғида аниқланади, айниқса юрак етишмовчилигида у чапга силжийди.

Аортал етишмовчилик ўртача ифодаланганда юрак кучсиз чапга кенгаяди, юрак иллати кучли ифодаланаганда юракнинг чап чегаралари қўлтиқ ости чизикларигача кенгаяди. Характерли юракни бели ифодаланган аортал конфигурация аниқланади. Аортанинг кўтарилувчи қисми кенгайишларида юракнинг томир тутами ўлчамлари катталашади.

Декомпенсация ривожланганда юракни бели анча силлиқлашади, юракни ўнг бўлаклари кенгайиши ҳисобига ўнг чегараси ўнгга силжийди.

Аортал етишмовчиликнинг зарур ва ишончли белгиларидан бири булган аорта устидаги характерли диастолик шовкиндир. У қони оқиш йўналиши бўйича чапга ва пастга юрак чўққисигача яхши ўтказилади. У нисбатан юқори тонли, юмшоқ, пуфловчи, бевосита юракни 2-чи тонидан кейин ҳосил бўлиб диастола охирида пасайиб боради (*decrecendo*). Бу шовкин иккинчи қовурга оралиғида тўш суягидан ўнг томонда (айниқса захмли юрак иллатида) ёки учинчи-тўртинчи қовурғалар оралиғида тўш суягидан чап томонда (айниқса ревматик иллатида) яхши эшитилади, бу қони аортадан чап қоринчага ўтиб шовкин ҳосил буладиган жойлардир. шовкин беморни вертикал ҳолатида, қони аортадан чап қоринчага паталогик оқимини енгиллаштирувчи ҳолатда яхшироқ эшитилади. Баъзи ҳолларда шовқинни тузукроқ эшитиш учун бемордан қўлини юқорига кутариш ёки танасини олдинга энгаштириб чуқур нафас чикариш сўралади. Аортал диастолик шовқин горизонтал ҳолатда нафас чикариш босқичида энг яхши эшитилади, қопқоқдаги дефект кучсиз ифодаланганда тиззали-тирсакли ҳолатда.

Юрак чўққисида биринчи тон бироз сусайган. аорта устида иккинчи тон сусайган ёки йуколади, аортал қопқоқ тавакалари бужмайиши ҳисобига иккинчи тоннинг сусайиши қопқоқдаги дефектнинг ифодаланганлигига пропорционалдир. Баъзида чап қоринчадан ҳайдалган қон билан аорта деворининг кучли таранглашуvidан ҳосил бўлган кучли қўшимча тон (галоппнинг систолик ритми) тўшнинг тутқичи ва чап четида ёки пастрокда эшитилиши мумкин. юрак чўққисида диастола бошида бир даврда аорта ва бўлмачадан тушаётган қон билан чап қоринча мушакларининг таранглашишидан ҳосил бўлган 3-чи диастолик тони аниқлаш мумкин, бу стряженко белгиси деб ном олган.

Аорта устида касалликка хос диастолик шовқиндан ташқари, қатор ҳолда у билан бирга шунингдек систолик шовқин ҳам иккинчи қовурга орлиғида тўш суягидан унг томонда эшитилади. Бу шовқин қатор ҳолда юқори тонли, пуфловчи, баъзида юқори товушли, кам бўлмаган ҳолда диастолик шовқиндан кучлироқ, келиб чиқиши аортал тешикненг нисбий торайиши натижасидадир, чунки кенгайган чап қоринча тешик қон оқиши йўлида кучлриок торайган жойдир. Аорта устида эшитиладиган систолик шовқиндан мустақил рашида юрак чўққисида систолик шовқин эшитилади. Унинг келиб чиқиши аортал иллатнинг «митрализацияси» натижасидир, яъни чап қоринчанинг кескин кенгайиши туфайли митрал ҳалқанинг таранглашуvi кузатилади. Яна ҳам камроқ ҳолда юрак чўққисида флинтанинг прессистолик шовқини эшитилади. Унинг келиб чиқиши кенгайган аорта девори митрал қопқоқнинг нисбий торайишига олиб келади. Флинта шовқини қатор ҳолда юмшоқ тембрли бўлиб, биринчи тоннинг чакаксимон кучайиши ва «мушук хириллаши» белгилари билан кечмайди.

Пульс аортал қопқоқлар етишмовчилигида тез-тез кутарилиб, тез тушувчи ёки қисқа ва баланд (катта амплитудали) ёки катта («*pulsus celer et altus seu brevis et mangus*») пульс ёки Корриген симптоми. Кўп ҳолда, ҳатто компенсацияланган юрак иллатида пульс тезлашган (*pulsus frequens*). Шу сабабдан аортла етишмовчилигига характерли бўлган пульс *pulsus altus, Celer et frequens* ҳисобланади.

Аортал етишмовчилигида систолик босим ошади (артериал гипертензиянинг гиперкинетик тури, юракнинг тепки ҳажмининг ошиши билан боғлиқ) ва диастолик ҚБ камаяди, шу сабабдан ҳар доим пульс босими ошганлиги аниқланади. Диастолик босимнинг пасайиши бевосита диастола даврида қонни ортга аортадан чап қоринча оқиши ва бўшаши билан боғлиқдир. Қатор ҳолда диастолик босим 0 гача камаяди.

Йирик периферик артериал томирларни эшитганда Траубе тони эшитилади. Жуда кам ҳолда бита эмас, иккита тон эшитилади (Траубенниг кўш тони). Траубе тони томир деворининг кескин систолик ҳисобига, иккинчи тон томир девори таранглашувини кескин камайишини ҳисобга келиб чиқади. аортал етишмовчилигини беморлар томири босиброқ эшитилганда иккита шовқин-узоқроқ давом этадиган систолик ва қикса диастолик шовқин-Дюрозье-Винограловнинг кўш шовқини эшитилади. Бу шовқин масалан фонендоскоп ёрдамида *a.femoralis* (сон артериясида) эшитилади. Дюрозье-Виноградовнинг кўш шовқини қонни систолада юракдан периферияга, дистолада қонни ортга оқишига боғлиқ ривожланади деб ҳисобланади.

Аортал етишмовчиликнинг типик белгиларидан оёқда систолик босим кўрсаткичларини кўлга нисбатан кескин ошишидир (Хилл ва ФЛЭК симптоми ёки Хилл ва Тессье симптоми). (80-100 мм сб.уст.), меъёрида 10-20 мм сб.уст га. Аортал қопқоқлар етишмовчилигида ўтказилган рентгенологик текширишда чап қоринча гипертрофияси ва аортадаги ўзгаришлар аниқланади. Ифодаланган аортал етишмовчилигида юрак чап қоринча ҳисобига кескин катталашади, юрак бели кескин ифодаланган, аорта сояси кўп ҳолда диффуз кенгайган. Юрак – томир сояси «ўтирган ўрдак» ёки «этик» суъратини эслатади-тирик аортал конфигурацияли. Декомпенсация босқичида юрак сояси ўнгга ҳам катталанадади. Касаллик узоқ муддатли кечганда венозли ўпка гипертензияси белгилари, чап бўлмачанинг катталашуви ҳисобига (митрализация ҳисобига) контрастланган кизилўнгачнинг катта радиус бўйича айланиб ўтиши кузатилади.

ЭКГ ифодаланмаган юрак иллатида меъёриданф аркланмайди. Ифодаланган юрак иллатида юракнинг электр ўқи чапга ислжиган, юракнинг электр позицияси кўп ҳолда горизонта лёки ярим горизонтал бўлиб, чап қоринчанинг гипертрофияси ва унга юклама ошганлиги белиглари кузатилади. Юрак иллатининг «митрализациясида» ва чап бўлмачага гемодинамик юкламанинг ошиши ривожланганда унинг гипертрофияси белгилари пайдо бўлади. Юрак ритми бузилишларидан кўп ҳолда қоринча

электросистолиялар, кам ҳолда қоринчали пароксизмал тахикардия хуружлари кузатилади. Аортал етишмовчиликни ташхислашда ЭхоКГ усули кўпроқ информатив ҳисобланади.

Чегараланган юрак иллоти яхши ва узоқ муддат компенсацияланади. Декомпенсация кеч ривожланади, аммо оғир кечади. Унинг ривожланиши инфекция ва интоксикацияларни авж олдиради (ревматизм рецидивларини, спетик эндокардит ривожланишини, зотилжамни, гриппни ва ҳ.к.).

Асоратлари.

Аортал етишмовчилигининг асосий асорталаридан бири септик эндокардитдир. Чап қоринча етишмовчиги, коронар етишмовчилик, аорта аневризмаси, титроқли аритмия каби асорталар аортал етишмовчилигида камроқ кузатилади, митрал юрак иллатларига нисбатан.

Даволаш.

Аортал етишмовчикни радикал даволаш усули – сунъий қопқоқни имплантациясидир. Операция беморларни III ва юқори гуруҳларда тавсия қилинади (Нью-Йорк кардиологлари ассоциацияси таснифига асосан) стенозида кўпроқ кузатилади. Кам ҳолда юрак соҳасида ҳар хил тури оғриқлар (сиқувчи, увишувчи, чўққи соҳасидаги, иррадиацияланмайдиган, жисмоний юклама билан боғлиқ бўлмаган) кузатилади.

Касаллик кечиши эрта босқичларида ҳансираш кам кузатилади ва унинг келиб чиқиши миёда қон айланишини бузилиши билан боғлиқ (яъни рефлексор келиб чиқади), юрак етишмовчилигидагидан фарқли. Кейинчалик, юрак иллатининг кеч босқичларида, ҳансираш аввал жисмоний зўриқишда, кейинчалик тинч ҳолатда ҳам кузатилади. Юрак етишмовчиликги ҳансираш юрак астмаси ҳолида кечади ва ўпка шиши билан якунланиши мумкин. жисмоний юклама ошишига боғлиқ юракни минутли ҳажми ошмаганлигидан жуда кўп ҳолларда аортал стенозли беморлар ифодаланган ҳолсизликка шикоят қиладилар. Турғунлик белгилари билан боғлиқ беморлар ўнг қобирға равоғи соҳасида оғирлик сезишига, оёқларда шишга ва бошқаларга шикоят қиладилар.

Беморни ташқи кўринишида алоҳида ўзига хос хусусиятлари йўқ. Фақат ифодаланган аортал стенозда, тери томирлари спазмаси билан боғлиқ терининг рангпарлиги кузатилади – бу белги юракни зарб ҳажми камайишига компенсатор шишилар юрак етишмовчилиги ва турғунли белгилар ривожланганда кузатилади. Юрак соҳасида чап қоринчанинг кучли пульсациясини бешинчи-олтинчи оралигида тўшнинг ўнг томонида аорта кўтарилувчи қисми кенгайганлигидан унинг пульсациясини кўриш мумкин бўлади.

Пальпацияда чўққи турткиси кучайган, секин кўтарилувчи, юқори, чапга силжиган, бешинчи, кам ҳолда олтинчи қобирға оралигида аниқланади. Тўшда ва бўйин томирларида систолик титраш сезилади, унинг кўпроқ ифодаланиши иккинчи қобирға оралигида тўшнинг ўнг томони бўйича, камроқ иккинчи қобирға оралиғиди тўшнинг ўртасида, унинг чап томонида

топилади. қатор ҳолларда систолик титраш фақатгина бемор танасини олдинга энгаштириб ўтирган ҳолатида чуқур нафас чиқарганда аниқланади. Бу ҳолатларда аортадан қон оқиши кучаяди. Систолик титраш аортал стенозли беморларнинг 75-80% да ифодаланган бўлади. Унинг ифодаланганлиги аортал тешикнинг торайиш даражасига ва миокарднинг функционал ҳолатига боғлиқ.

Перкуссияда компенсация даврида, шунингдек юрак иллатининг енгил босқичларида юрак ўтчамлари чап қоринчанинг концентрик гипертрофияси ҳисобига катталанмаган бўлади. Юрак етишмовчилиги ва чап қоринча дилатацияси ривожланганда юракнинг чап чегараси ташқарига кенгаяди. Томир тутамининг кенглиги аортанинг постстенотик кенгайиши ҳисобига катталаниши аниқланиши мумкин.

Юрак аускультациясида юрак чўққисида биринчи тон сақланган ёки озгина сусайган (чап қоринча систоласи узайиши ҳисобига). Тўртинчи-бешинчи қобирғалар оралиғида тўшнинг чап чеккаси бўйича қатор беморларда систолик кучсиз шакилдош – биринчи тони бўлиниши ёки ийикланиши склерозланган аортал қопқоқ тавақачаларининг очилишига боғлиқ эшитилади. Аорта устида иккинчи тон сусайган ёки эшитилмайди, чунки ҳаракатланиши кескин пасаяди. шунингдек аортада босимни камайиши, у билан боғлиқ қопқоқ тавақачалари тебранишининг амплитудаси камайиши натижасидир. Иккинчи тони аортал компоненти йўқлиги кучли оҳакланган қопқоқларнинг тўлиқ ҳаракатсизланганлигини кўрсатади.

Аортал стенознинг асосий аускультатив белгиси-қўпол, интенсив, да компли систолик шовқин бўлиб, у иккинчи қобирға оралиғида тўшнинг ўнг томонида яхши эшитилади, камроқ тўшнинг тутқичида, биринчи қобирға оралиғида ўнг томонда ёки Боткин нуқтасида эшитилади. Шовқин ўмров усти чуқурчасига, бўйинга, уйқу артерияларига кучлироқ ўнг томонга, камроқ чап томонга ўтказилади. Бу барча юрак иллатлари ичида энг кучли шовқиндир.

Шовқин беморни горизонтал ҳолатида нафас чиқариш фазасида яхшироқ эшитилади, қатор ҳолларда бемор ўнг ёнбошига ётганда у кучаяди. Шовқин кўп ҳолда бутун систолани эгаллайди ва барча йўналишлар бўйича катта ўтказувчанлик билан фарқланади. Ҳатто «тоза» аортал стенозда ҳам аҳамият бериб аускультация қилганда, айниқса бевосита қулоқ билан, баъзида қисқа нозик протодиастолик шовқин эшитилади, унинг мавжудлиги бирга кечувчи катта бўлмаган аортал етишмовчилиги туфайлидир. Шунингдек мустақил систолик шовқин юрак чўққисида ва Боткин нуқтасида иллатнинг митрализациеси ҳисобига (чап қоринча дилатацияси туфайли митрал тешикнинг кенгайишидан) бундай систолик шовқин аортадан ўтказилади. Беморларнинг 1/3 қисмида ўпка аоретриясида иккинчи тон акиситлашган, кичик қон айланиш доирасида турғунлик ривожланганларда, аммо баъзида компенсациялашган «тоза» аортал стенозда ҳам яширин

(субклиник) чап қоринча етишмовчилигини ёки ўпкада томирни қаршилиқни ошганлигини инкор қилиб бўлмайди.

Пульс ифодаланган иллатда кичик амплитудали, секин ошиб боради ва шунингдек секин пасаяди, кам сонли бўлади (pulsus parvus, tardus et rarus). Артериал қон босим кўп ҳолларда пасаяди (систолик ва пульс босими), катта ва кичик қон айланиш боисим ва қон оқиш тезлиги ўзгаради.

Рентгенологик текширишда чап қоринча катталашганлиги тасдиқланади, кўпроқ катталашганлиги юрак етишмовчилиги ривожланганларда кузатилади. Юрак етишмовчилиги авж олган беморларда шунингдек чап бўлмача, сўнгра эса ўнг қоринча ҳам катталашади. Аорта кенгаяди, бу кенгайиш қонни айланма ҳаракатлари аорта деворини шиширишни чақиришига, шунингдек эластик элиментларни шикастланиши аневризматик шишиб чиқишларни кучайтиришга боғлиқдир.

Аортанинг кенгайган жойида кучли пульсация кўринади. Қатор ҳолларда қопқоқлар оҳакланиши аниқланади (кўпинча «тоза» стенозда, шунингдек кекса ёшли кишиларда). Ифодаланган декомпенсация даврида кичик қон айланиш доираси томирларида венозли ўпка гипертензияси белгиларини амулкин.

ЭКГ да кам бўлмаган ҳолларда юракни электр ўқи чапга силжиганлиги, ярим горизонта лёки горизонтал электр позия, чап қоринча гипертрофиясининг аниқ белгиларини аниқлаш мумкин. узоқ муддатли мавжуд иллатда гисс тутамининг чап оёқчасида тўлиқ блокада бўлиши мумкин (уларни иккала ёки бита шохчасида). Ўнг қоринча гипертрофияси белгилари, ҳатто ўнг қоринча етишмовчилиги ифодаланган беморларда ҳам аниқланмаслиги мумкин, чунки улар ифодаланган чап қоринча гипертрофияси белгилари билан яширинадилар. Чап қоринча функцияси бузилганда ва компенсация жараёнига чап бўлмача қўшилганда унинг гипертрофияси ЭКГ белгилари пайдо бўлади. ЭхоКГ усули зарур диагностик информация беради.

Таснифи, кечиши

Кўпчилик муаллифлар аортал стенози 5 босқичга бўлишни таклиф қиладилар:

I – иллатнинг фақат аускультатив белгилари;

II – ўртача жисмоний зўриқишда ҳансираш;

III – жисмоний юкламада ангиноз оғриқ, кучли ифодаланган ҳансираш, юракни ўртача катталашиши;

IV – ифодаланган чап қоринча етишмовчилиги, ҳансираш, юрак астмаси, ўпка шиши, хуш йўқотишлар;

V – тинч ҳолатда ҳансирашли умумий декомпенсация, оғир тотал юрак етишмовчилиги ҳолат

Асорталари. Ривожланадиган чап ва ўнг қоринча етишмовчилиги аортал стенозининг кечиш босқичлари бўлиб, улар асорат сифатида ҳам қаралади. Иллатнинг тез-тез такрорланувчи клиник белгиларидан бири-коронар етишмовчилиги, миокард инфаркти билан якунланиши мумкин,

айниқса кекса ёшдаги кишиларда касаллик поронаро склероз билан бирга кечганда. Блокадалар бўлиши мумкин: тўлиқ, Гисс тутамининг чап оёқчасида ва бўлмача-қоринчали тотал юрак етишмовчилиги босқичида баъзида титроқли аритмия ривожланади. Бошқа асорталари: сурункали септик эндокардит (аортал қопқоқлар етишмовчилигидан камроқ ҳолда кузатилади), зотилжам (аортал стенознинг декомпенсация даврида), ўпка артерияси эмболияси, миёда қон айланишни бузилишлари.

Қиёсий ташхислаш. Аортал шовқин билан навбатда юрак асосида нисбий торайишли касаллик ва ҳолатлардан қиёсий ташхислаш талаб қилинади. Бундай ҳолатларга аорта аневризмаси, аорта атероматози, сифилитик мезоартрит, камқонлик, ёшлардаги функционал систолик шовқинлар. Аортада систолик шовқин аниқланадиган кекса ёшдаги беморларда аортал стенознинг енгил босқичини инкор қилиш қийинроқ. Ушбу ҳолатларда аорта оғзи торайишига қарши шовқинни юмшоқ пуфловчи тембрда бўлиши гувоҳлик беради. Ушбу ҳолатларда шуни назарда тутмоқ зарурки кўп ҳолларда иккинчи тон яхши ифодаланган ёки қон босими ошган бўлади. Ўхшаш клиник белгилари туғма иллатларда кузатилиши мумкин.

Даволаш. Аортал стенозни консерватив даволашнинг махсус усуллари йўқ. Аортал стеноз жарроҳлик усули билан бартараф қилинади. Аортал вальвулотомия ёки аортал қққни протезлаш амалиёти ўтказилади.