

М. А. ХУЖАМБЕРДИЕВ,
А.А. МИХАИЛОВ,
Н. С. МАМАСОЛИЕВ

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР БЎЙИЧА ТИББИЙ МАСАЛАЛАР

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта
махсус таълим вазирлиги тиббиёт
институтлари талабалари учун ўқув
қўлланмаси сифатида тасдиқлаган

Тошкент
Ибн Сино номидаги
нашриёт-матбаа бирлашмаси
1994

Хўжамбердиев М.А. ва бошқ.

Ички касалликлар бўйича тиббий масалалар: Тиббиёт институтлари талабалари учун ўқув қўлланма. М. А. Хўжамбердиев, А. А. Михайлов, Н. С. Мамасолиев.— Т.: Ибн Сино номидаги нашриётматбаа бирлашмаси, 1994.— 143 б.

I. 1,2 Автордош.

Ўқув дастурига мувофиқ тузилган ушбу қўлланмада 80 га яқин мавзу ва унга доир масалалар баён қилинган. Талабалар ана шу масалаларни еча олишлари учун аввало баён қилинган мавзунини тушуна билишлари зарур. Муаллифлар тиббий масалаларни тўғри ишлата билишга оид ишонарли материаллар келтиришган.

Тиббиёт институтлари талабалари учун мўлжалланади.

54.1Я.72

4S08040000—020

M354(04) — 94

ISBN 5-638-01073-4

© Ибн Сино номидаги нашриёт-
матбаа бирлашмаси, 1994.

КИРИШ

Тиббий муассасаларда талабаларнинг мустақил иш фаолиятини фаоллаштирадиган омиллардан энг асосийси уларни беморлар ва ўқув адабиётлари билан ишлашини тўғри ташкил қилишдир. Талабаларнинг беморлар билан ишлашга тайёргарлик даражасини аниқлаб берадиган усуллардан бири амалий машғулотларда тиббий масалалардан кенг фойдаланишдир.

Тавсия этилаётган қўлланмада 80 та мавзу ва унга оид масалалар баён этилган. Ички касалликларга оид масалалар III, IV, V ва VI курс талабаларига мўлжалланган. Методик қўлланма даволаш факультетлари (III, IV, V ва VI курс). талабаларига мослаб тузилган, иш дастурига тўла мувофиқ келади ва уни акс эттиради.

Талабалар масалаларни еча олишлари учун аввало баён этилган мавзунини тушуна билишлари керак. Ҳар бир масалага оид 2—3 саволдан лоақал биттасига тўғри жавоб топишлари шарт.

Ушбу тиббий масалалар тўплами илгари чиқарилган қўлланмалардан қуйидагилар билан тафовут қилади:

1. Қўлланма ички касалликларнинг барча тартиботларини (III, IV, V, VI курс дастурига мос равишда) қамраб олган.

2. Масалалар турли-туман тасвирлар орқали ҳам баён этилган ва шунга қараб уларнинг тўғри ечими талаб қилинган.

3. Талабаларнинг жавоблари асосланган бўлиши талаб қилинади.

Ички касалликлар фанининг ўзига хос томонларидан бири шуки, бу фан бирор хасталикни аниқлаш ва уни даволаш учун бир неча хил текшириш усули ва даволаш чоралари қўллашни ўргатади.

Шунинг учун ҳам баённомада кўзда тутилган жавоблар албатта қўшимча изоҳлар билан бойитилади. Масалан, маълум шароитда зарур ва мақбул бўлмаган жавоблар ҳам қўлланмада келтирилган. Тиббий масалалар тўпламини тузишда уларни аниқ ва тушунарли бўлишига аҳамият берилган.

Келтирилган тиббий масалалар аввало талабалар учун мўлжалланган, лекин уларнинг айрим чуқурроқ мазмунда берилган шакллари врачларга интерналарни ўқитишда қўл келади. Амалий тиббиёт соҳасида ишловчи врачларнинг малакасини оширишда соддароқ, тиббиётга оид топишмоқлардан ва турли-туман кийин масалалардан фойдаланиш мумкин.

СЎЗ БОШИ

Қўлланмада баён этилган масалалар тўплами тиббиёт институтларининг III, IV, V ва VI курс талабаларига мўлжалланган. Қўлланма талабалар билимини текшириш ва ўз-ўзини назорат қилиш кабиларни кўзда тутган ҳолда тузилган. Унда ички касалликларни аниқлаш ва даволаш усуллари мужассамлашган.

Масалалар врачлик маҳорати ва фаолиятини акс эттиради, у амалиётдан олинган бўлиб, иложи борича талабаларнинг врачлик касбини эгаллашларига ёрдам беради.

Қўпгина тиббий масалалар нафақат ички касалликларни, балки асаб касалликлари, сил, ўсма касалликларини уз ичига олади. Бу бўлажак терапевт врачларнинг фикрлаш доирасини кенгайтиради.

Муаллифлар тиббий масалаларни иложи борича қисқа баён қилишга уринганлар, икки хил изоҳга муҳтож масалалар қўлланмага киритилмаган ва аниқ саволларга фақат бир маъноли аниқ жавоблар сўралган.

Саволлар турли жавоблар талаб қиладиган қилиб тузилган ва унинг беш хил жавоби ҳам келтирилган. Бешта жавобдан биттаси тўғри, колганлари эса жавобга яқин бўлсада, тўғри ҳисобланмайди. Булар ташхис қўйиш ва даволаш маҳоратини оширишда ёрдамчи усул ҳисобланади.

Тиббий масалалар тўплами ҳозирги кундаги мавжуд ўқув адабиётларидан фарқли ўлароқ батафсил жавобларнинг эталонини ҳам ўз ичига олади ва мақсадга мос ҳолда ўқувчига амалий ёрдам беради. Жавобли эталонлардаги изоҳлар ҳозирги замон адабиётини кенг ёритган ҳолда талқин қилинади ва баён этилади.

І Б У Л И М

НАФАС АЪЗОЛАРИ СИСТЕМАСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ МАСАЛАЛАР

ЎТКИР ПНЕВМОНИЯЛАР

1-масала. Кўп ичкилик истеъмол қилувчи 42 ёшли бемор Б. қуйидагилардан шикоят қилган: касаллик тўсатдан безгак тутиш билан бошланиб, тана ҳарорати $39,6^{\circ}$ гача кўтарилган, аввал қуруқ шилимшиқ балғам аралаш йўтал тутган, сўнгра йўтал давомли бўлиб зангсимон балғам ажрала бошлаган. Бевосита текшириш натижасида қуйидаги маълумотлар аниқланган. Беморнинг умумий аҳволи оғир, нафас олиш 28 та гача (1 дақиқада) ортган. Бронхиал нафас ва ўнг қурак ости соҳасида майда пуфакчали ҳўл хириллаш эшитилган. Касалхонада пенициллин билан (суткасига 3 000 000 ТБ миқдорида) жадал даволашга қарамасдан беморнинг аҳволи ўзгаришсиз қолган, ҳансираш ва умумий заҳарланиш белгилари йўқолмаган. Балғам таркибидан кўплаб тилласимон стафилококклар топилган.

Ўпка рентгеноскопияси натижалари: иккала ўпкада кўплаб майда (инфильтрат) тўқима соялари кўринган. Ўпканинг учида ва пастки қисмида емирилиш туфайли ҳосил бўлган бўшлиқлар аниқланган. Беморда сил касаллиги бор деб тахмин қилиниб, даволаш чоралари буюрилган.

1. Қандай ташхис қўйилса тўғри бўлади?
2. Қуйида келтирилган даволаш усулларида қайси бирини танлаш керак?
 - а) пенициллин миқдорини кўпайтириш керак;
 - б) канамицин бериш керак;
 - в) канамицин ва фтивазид билан даволаш керак;
 - г) ампициллин билан даволаш керак;
 - д) цефалоспорин туркумига қирувчи (кефзол) антибиотиклар қўллаш керак.

2-масала. Бемор С, 76 ёшда, узок йиллардан бери сурункали пиелонефрит ҳасталигидан азоб чекиб келади. Сўнгги йилларда кучсиз ифодаланган буйрак етишмовчилиги аломатлари (креатининнинг қондаги миқдори — $0,25$ ммол/л) ҳам кўшилган. Ҳозир беморнинг сон суяги (ўрта қисмидан) синиб, касалхонанинг травматология бўлимида даволанаёпти. Даволаш чоралари олиб борилаётган пайтда, касалликнинг 40-кун беморда йўтал пайдо бўлган, йўтал пайтида қийинлик билан балғам ажралган ва тана ҳарорати $38,6^{\circ}$ гача кўтарилган. Рентгенда текширилганда унда ўчоқли пневмония борлиги аниқланган.

Беморга суткасига 5 000 000 ТБ дан 5 кун давомида пенициллин, коргликон ва преднизолонни тўхтовсиз қўлланилишига қарамасдан иситмаси ҳамон юқориликча қолаверган. Умумий заҳарланиш белгилари сақланиб турибди.

Креатининнинг қондаги миқдори — $0,29$ ммол/л.

1. Беморни парвариш қилишда ва даволаш чоралари кўришда қандай камчиликка йўл қўйилган?
2. Касаллик бошланган кундан бошлаб қандай даволаш усуллари қўллаш керак эди?
 - а) пенициллинни юқори дозада бериш;
 - б) цефалоспорин қўллаш;
 - в) цефалоспорин ва гентамицинни бир вақтда бериш;
 - г) факат гентамицин билан даволаш;
 - д) олететрин (тетраолеан) билан даволаш керак эди.

3-масала. Бемор Г. 50 ёшда. Илгари ҳеч касал бўлмаган. Ҳозирги касаллигининг бошланишида тана ҳарорати 39° гача кўтарилган, чап кўкрак кафаси соҳасида оғрик пайдо

бўлган. Бемор касалхонага ётқизилган ва касалхонада унга чап ўпканинг қуйи қисми пневмонияси деб ташхис қўйилган. Пенициллин билан даволашнинг иккинчи куни беморнинг ҳарорати пасайган. Иситма нормага тушгандан сўнг ҳам 5 кунгача пенициллин билан даволаш давом эттирилган. Касалликнинг 6-куни индометацин (суткасига 75 мг дан) билан даволашга ўтилган. Физиотерапия усуллари ҳам қўлланилган. Аммо шунга қарамайдан ҳўл хириллаш сақланиб қолган. Ўпка рентгеноскопиясида кўплаб инфильтратлар аниқланган. ЭЧТ 35 мм/соатга тенг ва барқарор. Шуларни ҳисобга олиб, беморга цефамизин (суткасига 2 г дан) ила бошланди. Цефамизин билан даволаш бошлангандан 3 кун ўтгач, бўлимда дори етарли бўлмаганлиги бли беморнинг хоҳиши билан амбулатория шароитида даволанишга рухсат берилган.

Беморни даволаш жараёнида қандай хатоликка йўл қўйилган?

- а) даволаш мақсадида пенициллин тайинланиб нотўғри йўл тутилган;
- б) пенициллин билан даволаш эрта тўхтатиб қўйилган;
- в) цефамизин билан даволаш керак эди;
- г) физиотерапия муолажалари эрта бошланган;
- д) индометацин буюрилмаслиги керак эди.

II. Амбулаторияда беморга қандай даволаш усуллари тавсия қилиш лозим?

4-масала. 52 ёшли С. исмли аёл тез ёрдам машинасида шифохонага олиб келинди. Бемор қанд касаллиги борлиги сабабли даволаниб туради. Ун йилдан бери муттасил инсулин олиб туради. Бемор тез-тез иситма кўтарилиб туриши (38°C ва ундан юқори), хансираш, кўкрак қафасининг ўнг томонидаги оғриқдан шикоят қилган. Икки ҳафта бурун беморнинг иситмаси $38\text{—}39^{\circ}$ га кўтарилган, иситмага йўтал қўшилган. Бемор йуталганда шиллик-йирингли балғам ажралган, хансираш кучайган. Пенициллин билан даволашнинг фойдаси булмаган.

Бемор кўздан кечирилганда лаблари кўқарган, бир минутлик нафас олиш сони 30 мартага тенг. Перкуссия қилинганда ўпканинг ўнг томони юқорисида тимпаник товуш, пастки қисмида эса бўғиқ товуш эшитилган. Аускультацияда нафас шовқини кескин сусайган. Қон анализи: НБ — 90 г/л; Л — $18,8 \times 10^9/\text{л}$, миелоцитлар — 2, П — 12, С — 73, лимфоцитлар — 8, моноцитлар — 5, ЭЧТ — 57/мм соатга тенг, нейтрофилларнинг захарли дончалари бор.

1. Клиник ва рентгенологик маълумотлар ҳамда патогенезига асосланиб тўғри ташхис қўйинг:

- а) ўткир абсцессга айланувчи пневмония;
- б) ўткир абсцесс натижасида плевра бўшлиғига йиринг йирилган;
- в) ўткир пневмония асорат берганлиги сабабли плеврит пайдо бўлган;
- г) плевропневмония асорат бериб, плевра бўшлиғига йиринг йирилган;
- д) плевропневмония асорат бериб, плевра бўшлиғига ҳаво йирилган;

2) Бу касалликда қандай даволаш усуллари фойдали ҳисобланади?

5-масала. Бемор Н. 42 ёшда, 2 ҳафта илгари пенициллинга сезувчанлиги бор пневмония ташхиси билан нарколегия бўлимида ички касалликлар бўлимига ўтказилган. Нарколегия бўлимида сурункали алкоголизм ташхиси билан 2 ой даволанган, ўпкаси рентгенда текширилганда ўзгариш аниқланмаган. Ички касалликлар, бўлимига келтирилганда тана ҳарорати 39°C гача кўтарилган, титрайди, қўланса хидли йирингли балғам ажратади, балғамида қон бор. Нафас олганда кўкрак қафасида оғриқ сезади. Қон анализи: Нб — 98 г/л, Л — $20 \times 10^9/\text{л}$, миелоцитлар — 1, метамиелоцитлар — 3, П — 13; С — 58, лимфоцитлар — 13, моноцитлар — 12, ЭЧТ — 500 мм/соатга тенг.

1. Қандай ташхис қўясиз?

- а) инфильтратли ўпка сили;
- б) абсцессли пневмония;
- в) йиринглаган ўпка кистаси;
- г) чириган периферик ўпка ўсмаси (раки);
- д) диссеминацияланган ўпка сили.

СУРУНКАЛИ ПНЕВМОНИЯ ВА ЎПКАНИНГ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

6-масала. 30 ёшли Б. нинг бир кеча йил давомида кунига 100—150 мл гача шилимшик-йирингли балғам ажратиб юриши, вақти-вақти билан касаллик қайталаниб, тана ҳарорати кўтарилиб туриши, бекуватлиги ва кўп терлаши аниқланган.

Шифохонага келганда бемор қийиклик билан йирингли балғам ажратиши, ҳаракат қилганда ҳансираб қолиши ва нафас қисиши ҳуруж қилиб туришидан шикоят қилган. Объектив текширилганда нафас олиши минутага 24 маротаба, иситмаси 38,8°C га кўтарилганлиги аниқланган. Перкуссия қилинганда ўпканинг иккала томонида қутича товушига ўхшаш товуш аниқланган, аускультацияда нафас олиш кучайган ва тарқоқ ҳуштаксимон қуруқ ва нам хириллашлар эшитилган. Рентгенда текширилганда ўпка тиниклиги ортган ва шакли ўзгарган, пастки қисмида эса катта бўшликли кекгайган жойлар кўринган. Ташқи нафас функцияси текширилганда I даражали рестриктив нафас етишмовчилиги аниқланган.

1. Клиник ташхис қўйинг.
2. Қуйида кўрсатилган қайси даволаш усулини тўғри деб ҳисоблайсиз?
 - а) юкори дозада пенициллин бериш керак;
 - б) таъсир доираси кенг антибиотиклар бериш зарур;
 - в) жаррохлик усули билан даволаш керак;
 - г) бронхоскоп ёрдамда бронхларини ювиш зарур.
 - д) бронхолитиклар бериш керак.

7-масала. 60 ёшли И. исмли бемор тез ёрдам машинасида мия қон томирларида қон айланишининг бузилиши ташхиси билан касалхонага келтирилди. Кўп йиллар давомида бронхоэктазли бронхит касаллиги борлиги сабабли даволаниб юрган. Объектив текширилганда тана ҳарорати 39,5°C га кўтарилган, атрофга бефарқ. Асаб системаси текширилганда ўчоқли ўзгариш белгилари, ўнг мия ярим шарларида зарарланган жой борлиги аниқланган. Рентген текширишларида ўпканинг иккала томонида ўпка расми кучайган, шакли ўзгарган ва ўпка таниқлиги ортганлиги аниқланган. Юрак қисқаришлари сони минутага 110 маротаба, артериал қов босими 150/80 мм га тенг. Жигарнинг пастки чегараси қовурға ёйидан 3 см пастда. Қон анализи: Нб—100 г/л, лейкоцитлар — 27×10^9 /л, миелоцитлар—1, метамиелоцитлар—3, П—12, С—62, Л—15, М—7, ЭЧТ—55 м/соат, захарланган доначали нейтрбфиллар бор.

1. Қандай ташхис қўясиз?
2. Қандай текшириш усуллари қўллаш керак?
 - а) Ўпкани томография қилиш керак;
 - б) бронхография қилиш зарур;
 - в) суяк кўмигини пункция қилиб текшириш лозим.
 - г) орқа мияни пункция қилиш керак;
 - д) эхоэнцефалография қилиш зарур.

8-масала. 45 ёшли Л. исмли бемор «ўткир пневмония» ва «сурункали пневмония» нинг қайталаниши ташхислари билан икки марта касалхонада даволанган. Шундан бери оз микдорда шиллиқли балғам ажратиб, йўталиб юради, вақти-вақти билан иситмаси 37,3—37,5°C гача кўтарилади, лоҳас бўлади. Кейинги вақтларда озроқ жисмоний зўриққанда ҳам ҳансираш пайдо бўлган. Ўпкаси текширилганда ўнг курак остида бронхиал нафас, қуруқ ва нам хириллашлар эшитилади. Рентгенда текширилганда ўнг ўпканинг 4—5-сегментлари, бронхлари атрофида инфильтратлар борлиги аниқланган, ЭЧТ — 24 мм/соат, ташқи нафас олиш функцияси рестриктив турда бузилган.

1. Қандай ташхис қўйиш керак?
 - а) сурункали йирингли-обструктив бронхит;
 - б) қайталанган сурункали пневмония
 - в) диффуз сурункали бронхит ва сурункали пневмониянинг қайталанган

даври;

г) сурункали обструктив бронхит, ўпка эмфиземаси, диффуз пневмосклероз.

П. Сурункали бронхит ва сурункали пневмония мезонини (критериялари) айтиб беринг?

БРОНХИАЛ АСТМА

9-масала. 30 ёшли бемор А. да овкат маҳсулотлари (макарон, лимонад, фанта ичимлиги)га аллергия булиб, баданига тошма тошган ва нафас қисиш хуружи бўлган. Икки марта аспирин ва анальгин таблеткаси ичганда ҳам шундай бўлган. Врачга кўрсатганда бурнида полип борлиги (икки марта полипни олдириб ташлаган) аниқланган.

1. Қайси касаллик деб ўйлаш мумкин?

2. Бу касалликда қайси дориларни бериш мумкин?

а) эуфиллин;

б) теофедрин;

в) беротек;

г) интал;

д) сальбутамол.

10-масала. 49 ёшли С. исмли бемор 10 йилдан бери бронхиал астма касаллиги билан оғриб келади. Бир неча марта нафас қисиш хуружи сабабли касалхонада даволанган. Касаллиги қайталамаслиги учун кунига 10— 15 мг дан преднизолон қабул қилиб юради.

Кейинги бир неча кун давомида нафас йўллари яллиғланиши сабабли нафас қисиш хуружи тез-тез тутиб, балғам ажралиши қийинлашган ва шунинг учун бемор “Беротек” билан ингальяция кила бошлаган, эфедрин ичган ва эуфиллин инъекциясини қабул қилган. Нафас қисиш хуружи тўхтамаганлиги сабабли тез ёрдамга мурожаат қилган ва касалхонага келтирилган. Объектив текширилганда экспиратор ҳансираш, нафас олиш сонининг минутига 30 мартага, юрак қисқаришлари сонининг минутига 120 мартага, артериал қон босимининг эса 30/100 мм симоб устунига тенглиги аниқланган.

Аускультацияда ўпкада куруқ хуштаксимон хириллашлар эшитилган.

1. Беморнинг бундай аҳволи қандай баҳоланади?

2. Бундай пайтда қайси даволаш усулини қўллашни тўғри деб биласиз?

а) симпатомиметиклар билан ингальяция қилиш зарур;

б) симпатомиметикларни парентерал юбориш керак;

в) ацетилцистеин билан ингальяция қилиш зарур;

г) антибиотиклар бериш керак

д) преднизолонни парентерал йўл билан юбориш лозим.

11-масала. 26 ёшли Р. исмли футболчи тез ўйнагани натижасида ҳаво етишмаслиги безовта қилиб ўйин майдонидан чиқиб кетган, нафаси хуштаксимон эшитилган, илгари ҳеч касал бўлмаган. Объектив текширилганда ички аъзоларида патологик ўзгаришлар аниқланмаган. Спирограмма қилинганда бронхлар ўтказувчанлиги ўзгармаган. Врач унга футбол ўйнамаслиги кераклигини айтган.

1. Қандай касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?

2. Касалликни тўғри аниқлаш учун қандай текшириш усулларидан фойдаланиш керак?

а) футбол майдонидаги ўтларга аллергик текшириш ўтказиш;

б) ўпкани рентген-томография усулида текшириш;

в) юрак чап қоринчаси ишини текшириш учун систолани босқичли анализ қилиб текшириш;

г) спирографияда тўлиқ текшириш;

д) ўпка альвеолаларидаги CO₂ микдорини аниқлаш лозим.

ПЛЕВРИТЛАР

12-масала. 26 ёшли бемор Г. кўкрак қафасида оғриқ борлигидан, оғриқ нафас олганда кучайиши, куруқ йўтал ва тана ҳароратининг 38°C гача кўтарилишидан шикоят қилади. Сульфаниламидлар билан даволаш фойда бермаган. Бир неча кун илгари майда бўғимларида оғриқ пайдо бўлиб, шишиб кетган. Кўздан кечирилганда қўлининг майда бўғимлари шишиб, уларнинг ҳаракати чегараланганлиги аниқланган. Терисида майда тошмалари бор. Нафас олганда, аускультацияда кўкрак қафасида «плеврада ишқалангандек шовқин» эшитилган. Юраги минутига 120 марта уради. Нормохромли кам-қонлик бўлиб, ретикулоцитлар кўпайган, лейкоцитлар сони камайган. ЭЧТ 40 мм/соатга тенг.

1. Қандай ташхис қўйилса тўғри бўлади?

- а) ўпканинг пастки бўлагидаги ўткир пневмония;
- б) ревматизм (ўткир ревмокардит, полиартрит, плеврит);
- в) сульфаниламид препаратларига аллергик реакция, панцитопения;
- г) сульфаниламид препаратлари таъсирида келиб чиккан гемолитик камқонлик;
- д) системали қизил волчанка.

2. Ташхис қўйиш учун қайси текшириш усуллари қўллаш керак?

13-масала. Тез ёрдам машинасида 45-ёшли бемор Д. касалхонага келтирилган. Кучли ҳаво етишмаслигидан шикоят қилган.

Бир неча йилдан бери сурункали бронхит касаллиги билан оғрийди (йўталади, озгина ҳаракат қилса хансираб қолади).

Охирги икки ҳафта давомида хансираш кучайган, кўкрак қафасининг ўнг томонида оғриқ пайдо бўлган. Объектив текширилганда нафас олиши минутига 32 маротабага етган, лаблари кўқарган. Юрак уриши минутига 100 марта. Перкуссияда кўкрак қафасининг ўнг томонида бўғиқ товуш эшитилган ва ўша жойда нафас олиш кескин пасайган. Жигарнинг пастки қирғоғи қовурға ёйидан 3 см пастда. Рентгенда текширилганда III қовурғача суюқлик борлиги аниқланган. ЭҚГ да синусли тахикардия аломатлари бор.

1. Қандай ташхис қўйилса тўғри бўлади?

- а) плевра мезотелиомаси;
- б) ўпка раки;
- в) юрак етишмовчилиги натижасида плевра бўшлиғига суюқлик йиғилган;
- г) жигар циррозидаги плевра варақалари реакцияси;
- д) ўнг ўпканинг пастки пневмонияси ва унинг натижасида ҳосил бўлган экссудатли плеврит.

2. Биринчи навбатда қандай даволаш чораларини кериш керак?

14-масала. Кардиология бўлимида ётган 60 ёшли бемор Г. асоратсиз миокард инфарктдан даволанаётган эди, касалликнинг иккинчи ҳафтасида чап кўкрагида оғриқ пайдо бўлиб, нафас олганда оғриқ кучайган, иситмаси $37,6^{\circ}\text{C}$ га кўтарилган. Пневмонияга гумон қилиниб пенициллин тайинланган. Лекин даволанишига қарамасдан иситмаси $38,2^{\circ}\text{C}$ га кўтарилиб, кўкрагидаги оғриқ кучайган, майда бўғимларида ҳам оғриқ пайдо бўлган. Аускультацияда перикарднинг кучсиз ишқаланиш товуши эшитилган. Нафас шовқини сусайиб, плевранинг ишқаланиш шовқини кучайган.

Жигари ва талоғи катталашмаган. Юрак қисқаришлари сони минутига 92 мартача, А/Б—130/80 мм га тенг. Рентгенологик текширилганда плевра бўшлиғида озроқ суюқлик борлиги аниқланган. Қонда лейкоцитлар 12×10^9 л, эозинофиллар — 18 га тенг.

1. Қандай ташхис қўйилса тўғри бўлади?

- а) ўткир миокард инфарктнинг қайталаниши;
- б) инфарктдан кейинги асоратлар (Дреслер синдроми);
- в) бактериал эндокардит;
- г) ўткир пневмония;

- д) пенициллинга аллергия реакция.
2. Бу касалликда даволаш усули қандай бўлиши керак?

ЎПКА ИНФИЛЬТРАТЛАРИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

15-масала. Илгари ҳеч қандай касаллик билан оғримаган 48 ёшли бемор Л. нинг тўсатдан иситмаси кўтарилиб, титроқ тутган, қийинчилик билан балғам ажратиб йўталган ва боши оғриган.

Объектив текширилганда аҳволи ўртача оғирликда, нафас олиши минутага 20 марта, юрак уриши минутага 100 марта А/Б— 110/70 мм га тенг бўлган. Аускультацияда ўнг ўпканинг юқори қисмида бронхиал нафас ва майда пуфакчали ҳўл хириллашлар эшитилган. Кўкрак қафаси рентгенограммаси тавсия қишнади. Қон анализида Нб —120 г/л, Л— 13×10^9 /л, П —12, С —65, Л — 20, М — 3, ЭЧТ — 35 мм/соатга тенг.

1. Дифференциал ташхис ўтказинг?
2. Беморга қандай даволаш муолажаларини қўллаш керак?
 - а) туберкулин синамасини қўйиш керак;
 - б) силга қарши даволаш зарур;
 - в) яллиғланишга қарши пенициллин билан даволаш зарур;
 - г) тонограмма қилиш лозим.
 - д) бронхоскопия қилиш керак.

16-масала. Диспансеризация текширишларида 20 ёшли талаба Д. нинг ўнг ўпкасининг пастки қисмида ўпка сурати интенсив равишда кучайганлиги, унинг қирғоқлари текис ва ўпка илдизига қўшилиб кетмаганлиги аниқланган. Шунинг учун уни сил касалликлари диспансерига текширишга юборилган, лекин у аҳволи яхши бўлганлиги учун текширтиришдан бош тортди, қурилишга ишга кирган. Икки ойдан кейин ўқиш бошланган. Бир ой ўқигандан кейин қизнинг иситмаси 38°C кўтарилиб, қалтирай бошлаган ва бушашган. Рентгенда текширилганда ўзгариш топилмаган. Қон анализи: Нб —130 г/л, Л— 13×10^9 /л, метамиелоцит — 2, П—12, С—56, Л—22, М—8, ЭЧТ—48 мм/соат.

1. Қандай касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?
 - а) инфилтратли ўпка сили;
 - б) периферик ўпка раки;
 - в) ўпка абсцесси билан асоратланган пневмония;
 - г) эозинофилли ўпка инфилтрати;
 - д) йиринглаган ўпка кистаси.
2. Қандай даволаш усуллари қўллаш керак?

17-масала. 52 ёшли бемор И. ни куруқ йўтал тутиб, иситмаси кўтарилган, у ҳолсизланган. Рентгенда ўчоқли ўпка яллиғланиши борлиги аниқланган. Пенициллин, йўталга қарши дорилар ва физиотерапевтик даволаш муолажаларидан етарли даражада самара олинмаган.

Илгари ҳеч қандай касаллик билан оғримаган. Аллергологик анамнезида ўзгариш йўқ. Объектив текширилганда озғинроқ, аускультацияда — ўпканинг ўнг томонида қўлтик ости соҳасида бронхиал нафас эшитилган. Қон анализи: Нб-120 г/л, Л—9, 8×10^9 /л, ЭЧТ— 35 мм/соат.

1. Касаллик бор жойни ва унинг хусусиятини аниқланг, қандай касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?
2. Энг фойдали текшириш усулини танланг?
 - а) туберкулин синамаси ўтказиш керак;
 - б) даволашдаги ўзгаришларни рентгенда текшириб кўриш зарур;
 - в) бронхоскопия қилиш керак;
 - г) бронхография қилиш керак;

д) томография қилиш лозим.

18-масала. 26 ёшли бемор Г. тез чарчаб қолиш ва қуруқ йўталдан шикоят қилиб врачга борган. Ёшлигида ўпка яллиғланиши касаллиги борлиги туфайли бир неча марта даволанган. Об'ектив текширилганда ўпкасида касаллик топилмаган. Рентгенологик текширишда ўнг ўпканинг юқори қисмида чегараси аниқ бўлмаган ва ўпка илдизига туташган ногомоген қоронғилашган жой аниқланган. Шу жой атрофида ўчоқли яллиғланиш аниқланган. Қон анализи: НЬ — 130 г/л, Л— $9,9 \times 10^9$ /л, формуласида ўзгариш йўқ, ЭЧТ—36 мм/соат.

1. Қандай касаллик ҳақида ўйлаш мумкин?
2. Уйлаган ташхисингизни қайси белгилар тасдиқлайди?
 - а) ёшлигида ўпка яллиғланиши билан куп марта огриган;
 - б) лейкоцитар формулада ўзгариш йўқлиги;
 - в) рентген текширишларида ногомоген қоронғилашган жой борлиги;
 - г) касаллик жараёнининг ўпка илдизига туташганлиги;
 - д) қоронғилашган жойда ўчоқли яллиғланишнинг борлиги.

19-масала. 32 ёшли бемор В. ёшлигида касал бўлмаган, ветеринар, кейинги вақтларда қуруқ йўталиб юрибди, жисмоний зўриққанда ҳансираш сезяпти. Рентгенологик текширишда ўнг ўпкасининг пастки бўлагида чегараси аниқ, чеккалари оҳакланган, ногомогенли интенсив қоронғилашган жой аниқланган. Қон анализида ўзгариш йўқ. Беморнинг айтишича илгари қонида эозинофилия аниқланган.

1. Қуйидаги ташхиснинг қайси бири беморга қўйилса тўғри бўлади?
 - а) ўпканинг периферии раки;
 - б) инфильтратли ўпка сили;
 - в) ўпка эхинококки;
 - г) ўпка кистаси;
 - д) ўпка абсцесси.
2. Беморга қандай даволаш усули тайинланади?

БРОНХЛАР ОБСТРУКЦИЯСИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

20-масала. Шиша пуфловчи 42 ёшли бемор Г. кучли йўталиб, нафаси қисилиши (ҳансираш)дан шикоят қилади. Йўталга қарши ва бронхларни кенгайтирувчи дорилар қабул қилган, аммо улар фойда бермаган. Аллергия белгилари кўринмайди. Эшитиб кўрилганда нафас чиқариш бузилган, хуштакли, узоқ масофадан эшитилувчи қуруқ хириллашлар аниқланган. Ташқи нафас функцияси спирограммада текширилганда ўпканинг ҳаво сиғими ва қолдиқ ҳаво сиғими ўзгармаган.

1. Кўрсатилган ташхисларнинг қайси бири тўғри?
 - а) бронхиал астма;
 - б) астматоидли бронхит;
 - в) ўпка раки;
 - г) бирламчи ўпка эмфиземаси;
 - д) трахеянинг экспиратор торайиши.
2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текширишлар ўтказиш керак?

21-масала. Вазомотор ринити бор, тошма тошган ва юқори нафас йўллари яллиғланган бемор нафас қисишидан ва қуруқ йўталдан шикоят қилган. Тетрациклин ичганда терисига тошма тошиб, қичишиши аниқланган. Ўпка эшитиб кўрилганда нафас чиқариши чўзилган, ётқизиб иккала ўпка эшитиб кўрилганда хуштаксимон қуруқ хириллаш эшитилган. Тифно кўрсаткичи — 50%. Беротек билан ингаляция қилингандан кейин Тифно кўрсаткичи — 55% бўлган. Қондаги эозинофиллар сони — 12%, лейкоцитлар 11×10^9 /л га тенг.

1. Бронхоспазмага нима сабаб бўлган?

- а) бронхларнинг қисилиши;
- б) бронхларнинг қуюқ балғам билан берқилиши;
- в) шиллик қаватларнинг аллергик яллиғланиши;
- г) шиллик қаватларнинг инфекцияли яллиғланиши;
- д) ҳамма механизмлар иштирок этган.

2. Қандай даволаш усулини тўғри деб ҳисоблайсиз?

22-масала. Сурункали обструктив бронхити бор бемор бўлимда меъда яра касаллиги кайталанишидан даволанмоқда. Беморга атропин тайинланган. Беморни қийналиб ажралувчи балғам, йўтал, кучли ҳансираш ва юқори ҳарорат ($37,8^{\circ}\text{C}$) безовта қилади. Беморнинг кўпгина дориларга ва овқат маҳсулотларига аллерияси бор. Сурункали бронхитни парҳез ва антибиотикларда ташқари бошқа усуллар билан даволаш муҳокама қилинмоқда.

1. Бу касалликни даволашда қайси даволаш усулини қўллаш мумкин?

- а) трипсин билан ингация қилиш зарур;
- б) ацетилцистеин билан ингация қилиш керак-
- в) кодеин бериш керак;
- г) бромгексин бериш лозим;
- д) атропин бериш керак.

ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ НАФАС ЕТИШМОВЧИЛИГИ

23-масала. 42 ёшли бемор Д. бирданига ҳаво етмай қолгашши учун касалхонага келтирилди. Кўп вақтлардан бери бронхиал астма касаллиги билан оғриб, кунига 10—25 мг дан преднизолон ичиб юради. Охириги икки ҳафта ичида аҳволи ёмонлашган. Нафас қисиш хуружи, балғам ажратиш кучайган, иситмаси $37,7^{\circ}\text{C}$ га кўтарилган. Ампициллин, эуфиллин, балғам кўчирувчи Дорилар буюрилган, кечаси йўтал тутган вақтда ҳаво етишмай қолади. Обьектив текширилганда беморда кўкариш, нафас олиш минутага 30 мартага тенглиги аниқланган. Кўкрак қафасининг ўнг томони нафасдан орқада қолади. Перкуссияда қутича товуши эшитилади. Аускультацияда ўнг ўпкада нафас шовқинлари кескин сусайган.

1. Уткир нафас етишмовчилигига нима сабаб бўлган?

- а) спонтан пневмоторакс;
- б) ўткир пневмония;
- в) ўткир бронхит;
- г) астма статус;
- д) ўпка артерияси тромбоэмболияси.

2. Қандай ёрдам кўрсатиш керак?

24-масала. Бир неча йилдан бери сурункали обструктив бронхитдан азоб чекаётган 52 ёшли бемор Р. ҳаво етишмаётганидан, шилимшиқ-йирингли балрам ажратиб йўталишдан, иситмаси гоҳ тушиб, гоҳ кутарилишидан шикоят қилиб касалхонага келган. Обьектив текширилганда — кўкариш аломатлари сезилган, юз териси остига ва кўз шиллик пардасига қон қуйилган, нафас олиши минутага 26 марта. Даволаш учун пенициллин, бронхолитиклар, кислород тайинланган. Беморда кўзғалувчанлик ва эйфория бўлганлиги учун седуксен буюрилган. Бир неча кундан кейин ҳаво етишмаслиги камайган, аммо кўкариш аломати кучайган, юзида шиш пайдо булган. Беморда тормозланиш ва вақти-вақти билан ҳушини йўқотиш аломатлари пайдо бўлган.

1. Қайси касалликка хос белгилар бор?

2. Аҳволнинг ёмонлашишига нима сабаб бўлган?

- а) бронх-ўпка инфекцияси;
- б) ўпка-юрак етишмовчилиги;
- в) кислород билан даволаш;
- г) тинчлантирувчи дорилардан бериш керак;

д) пенициллинга аллергия реакция бўлган.

25-масала. 49 ёшли бемор Г. бир йилдан бери ҳансираш ва йўтали кучаяётганлигидан шикоят қилади. Анамнезида ўзгариш йуқ. Отаси ўпка касаллиги билан оғриган. Обьектив текширилганда кўкрак қафасининг шакли бочкасимон, нафас олиши минутига 28 марта. Эпигастрал соҳада пульсация кузатилади. Аускультацияда қаттиқ нафас билан биргаликда яқка ҳолдаги ҳуштаксимон куруқ хириллашлар эшитилади. Юрак қисқаришлари сони минутига 92 маротабага, артериал қон босими 180/100 га тенг. Рентгенологик текширилганда ўпка майдонининг тиниқлиги сезиларли даражада ортган, пастки бўлакларида ўпканинг расми камайганлиги пникланган ЭКГ да юракнинг ўнг ярми зуриқиб ишлаётганлиги аниқланган. Ташки нафас функцияси текширилганда ўпканинг эластиклиги камайганлиги, бронхларнинг ўтказувчанлиги ва газнинг диффузиялаш қобилияти пасайганлиги кузатилади. Ўпка сканнирланганда изотопларни ўпканинг пастки қисмига бир хилда тарқалганлиги аниқланган.

1. Ҳансирашга кўпроқ нима сабаб бўлган?

- а) ҳаво етишмаслигининг марказий бузилиши;
- б) сурункали обструктив бронхит;
- в) бирламчи Ўпка эмфиземаси;
- г) фиброзловчи альвеолит;
- д) Ўпка пастки бўлақларининг ателектази;
- е) Ўпка артерияси тромбоземболиясининг қайталаниши.

2. Уйлаган ташхисингизни қандай ёрдамчи текшириш усули тасдиқлайди.

ЎПКА АРТЕРИЯСИ ТРОМБОЭМБОЛИЯСИ

26-масала. 28 ёшли Р. исмли аёл туққанидан кейинк эндометрит билан касалланиб бўлимда даволаняпти. Касалликнинг 10-куни (қисқичлар қўйилгандан кейин) беморнинг кўкрагида оғриқ пайдо бўлиб, ҳушини йўқотган. Артерия босими 90/60 мм симоб устунига тенг. Беморнинг венасига 300 мг преднизолон ва 250 мг гидрокортизон юборилган. Курсатилган тиббий ёрдамдан сунг унинг аҳволи анча яхшиланган, лекин қон босими кўтарилмаганлиги учун уни жадал даволаш бўлимига ўтказилган. Обьектив текширилганда умумий аҳволи-оғир, нафаси минутига 22 мартага етди, ҳушини йўқотмаган, юрак қисқаришлари сони минутига 120 марта А/Б — 80/60 га тенг. Зудлик билан ЭКГ қилинганда II—III стандарт узатмаларида «S» ва «T» тишчалари манфий.

1. Қандай касаллик ҳақида уйлаш мумкин?

- а) септик шок бўлган;
- б) миокард инфаркти;
- в) Ўпка артерияси тромбоземболияси;
- г) уткир буйрак етишмовчилиги;
- д) меъда ва ичакдан қон кетиши.

2. Қандай даволаш чораларини куриш керак?

27-масала. 52 ёшли бемор аёл вена қон томирларининг «варикоз кенгайиши» ташхиси билан операция қилинган. Операциядан икки ҳафта кейин амбулаторияда даволаниш учун касалхонадан чиқарилган. Эртасига амбулаторияга кетаётиб бирданига ҳушини йўқотган ва реанимация бўлимига келтирилган. Беморнинг аҳволи жуда оғир, нафас олиши қийинлашган, минутига 30-марта, юрак қисқаришлари сони минутига 110 марта, томир уриши жуда суст, А/Б—110/70 га тенг. ЭКГ нинг I стандарт узатмасида «S» ва «T» тишчалари чуқур.

1. Қандай касаллик ҳақида уйлаш мумкин?

2. Зудлик билан қандай даволаш усуллари кўллаш керак.

- а) венага лазикс юбориш зарур;
- б) янги муздан туширилган қон зардобини юбориш лозим.
- в) антиагрегантлар юбориш керак;

- г) тўғри таъсир килмайдиган антикоагулянтлар юбориш зарур;
- д) стрептокиназа юбориш керак.

28-масала. Кўп йиллардан бери сурункали бронхит билан оғриб юрган бемор «простата аденомаси» касаллиги билан операция қилинган. Операциядан 5 кун ўтгач ҳансираш кузатилган, иситмаси 38°C га кутарилган, қон аралаш балғам ажратиб йўталган. Объектив текширилганда озғин, кўкрак қафаси перкуссия қилинганда қутича товуши ва ўнг ўмров ости соҳасида бўғиқ товуш аниқланган ва бронхиал нафас эшитилган. Рентген қилинганда ўнг ўпкасининг юқори қисмида қоронғилашган жой аниқланган.

1. Қандай ташхис қуйилса тўғри бўлади?
 - а) ўпка артерияси тромбоэмболияси;
 - б) сурункали бронхитнинг қайталаниши;
 - в) ўпка юқори бўлагининг бактерияли яллиғланиши;
 - г) ўпка сили;
 - д) ўпка раки.
2. Беморга қандай даволаш чораларини кўриш керак?

ЎПКА-ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ

29-масала. 50 ёшли бемор Д. сал ҳаракат қилганида кучаявчи ҳансирашдан, оёқларида шиш пайдо бўлганидан шикоят қилди. 10 йилдан бери сурункали бронхит билан оғрийди, касаллик тез-тез қайталаниб туради. Охирги беш йил ичида ҳансираш кучайган. Кейинги пайтларда боши оғрийди ва тез чарчаб қолишлик безовта қилади. Объектив текширилганда юзлари кукарган, бўйин веналари бўртиб чиққан, йўғонлашган, нафас чиқарганда бўйин веналари янада йўғонлашади, кўз шох пардасига қон қуйилган. Ўпканинг иккала томонида якка-якка ҳолда қуруқ ва нам хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари паст, ритмик, юрак қискаришлари сони минутига 110 марта, ўпка артедиясида II тон кучайган (акценти) лиги эшитилади. Қондаги эритроцитлар сони 6 млн га, гематокрит 65/35 га тенг. Венасига 0,05% ли строфантиндан 0,5 мл, 2,4% ли эуфиллиндан 10 мл дан юбориларди, оз миқдорда гипотиазид (50 мг дан 2 маҳал) бериб даволанмоқда. Курсатилган даволаш чораларига қарамай, юрак етишмовчилиги кучаймоқда.

1. Даволашга қандай узгаришлар киритиш керак?
 - а) антибиотиклар билан даволаш керак;
 - б) юрак гликозидлари миқдорини ошириш зарур.
 - в) сийдик ҳайдовчи дорилар миқдорини ошириш керак;
 - г) озроқ реополиглюкин қуйиш керак;
 - д) қон чиқариб ташланиб, кейин реополиглюкин қуйиш керак;
2. Қандай даволаш усулини қўллаш керак?

30-масала. Касалхонага 60 ёшли бемор сурункали бронхит, ўпка эмфиземаси, ўпка-юрак етишмовчилиги, юракнинг ишемик касаллиги, инфарктдан кейинги кардиосклероз, III-функционал стенокардия, қон айланиши етишмовчилигининг II «б» босқичи ташхиси билан касалхонага келтирилган. Эуфиллин, строфантин, анаприлин, сийдик ҳайдовчи дорилар тайинланганлигига қарамай, бир неча кундан кейин аҳволи оғирлашган, балғам ажралиши кийинлашган, кўкрак қафаси оркасида оғриқ пайдо бўлган, нитроглицериндан оғриқ қолмаган, ҳансираш кучайган, оёқларида шиш пайдо бўлган. Объектив текширилганда кўкариш аломати кузатилган, диффузияли, қуруқ хуштакли хириллаш эшитилган, юрак тонлари (оҳанглари) сусайган, ритмик, ўпка артериясида II тон кучайганлиги (акценти) эшитилган. Юрак қискаришлари сони минутига 96 марта, ЭКГ узгаришсиз. Кўкрак қафаси рентген қилинганда ўпка сурати дағаллашган, кучайган ва ўпка артерияси ёйи кенгайганлиги аниқланган. Қон анализи узгаришсиз.

1. Беморнинг аҳволи оғирлашишига ва юрак фаолияти етишмовчилигига нима сабабчи бўлган?
 - а) миокард инфаркта;

- б) Ўпка артерияси тромбозмболияси;
- в) β -блокаторлар таъсирида бронхларнинг бекилиб қолиши;
- г) бронх-ўпка инфекцияси;
- д) юрак гликозидларининг зарарли таъсири.

2. Қандай ёрдамчи усуллар билан айtilган фикрларингизни тасдиқлайсиз?

31-масала. 48 ёшли бемор Р. сал ҳаракатланганда хансираб қолишдан, бош оғриши ва уйқучанликдан шикоят қилади. Анамнезида куп йиллардан бери оз микдорда балғам ажратиб йўталиши аниқланган. Бир йил илгари қонида эритроцитлар ва гемоглобин купайганлиги аниқланган. Шунинг учун венасидан қон чиқариб ташланган. Объектив текширилганда семизлик аниқланган (бўйи 170, см, вазни 110 кг), лаблари, кўзлари кўқарган, ўпкада диффуз қуруқ ва нам хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари паст, ўпка артериясида II тон кучайган. ЭҚГ да II—III ва АУФ да «Р» тиши юқори, қондаги эритроцитлар 5,5 млн. Рентген текширишларида ўпка артерияси ёйининг кенгайганлиги аниқланган.

1. Қандай ташхис кўйса тўғри бўлади?

- а) сурункали ўпка-юрак етишмовчилиги;
- б) икки тавакали юрак қопқоғи пороғи;
- в) перикардит;
- г) эритремия.

2. Беморни қандай усул билан даволаш керак?

ЎПКАНИНГ ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

32-масала. 20 ёшли беморда касаллик бирданига бошланиб, иситмаси $37,8^0$ га кўтарилган, оз микдорда балғам ажратиб йўталади. Сульфаниламид дорилар берилгандан кейин аҳволи ёмонлашган, нафас чиқариш қийинлашиб, хансираш пайдо бўлган. Анамнезида ринит, тошма тошиши ва овқат маҳсулотларига аллергия аниқланган. Объектив текширилганда иккала ўпкасида қуруқ, хуштаксимон хириллаш эшитилган. Қонда эозинофиллар 32% га, лейкоцитлар 16×10^9 л га кўпайган. Икки кундан кейин беморда нафас қисиш ва қуруқ йўтал аломатлари пайдо бўлган. Эшитиб кўрилганда ўнг ўпканинг қурак ости соҳасида бронхиал нафас эшитилади, қолган жойларида қурак хуштаксимон хириллашлар эшитилади. Қондаги эозинофиллар сони 10% гача қамайган. Рентген текширувида ўнг ўпканинг пастки қисмида инфильтрат борлиги аниқланган. Уч кундан кейин текширилганда инфильтрат кўринмаган.

1. Қуйидаги ташхислардан қайси бири тўғри келади?

- а) атопик бронхиал астма (бошланиши);
- б) сурункали астматик бронхит;
- в) сульфаниламид дориларига аллергик реакция бўлиб бронхлар қисилган ва эозинофиллари кўпайган ўткир пневмония;
- г) ўпканинг эозинофилли инфильтрати;
- д) беморда ўткир бронхит ва гижжа инвазияси бор.

2. Беморга қандай даволаш усулини қўллаш керак?

33-масала. 32 ёшли бемор К. қуруқ йўтал ва озгина жисмоний зўриққанда хансираб қолишдан шикоят қилади. Объектив текширилганда — ички аъзоларида касаллик йўқ. Рентгенда текширилганда медиастинал лимфа тугунлари сал катталашганлиги ва озгина пневмо-склероз белгилари кўринади.

1. Қайси касалликка ўхшайди?

2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текширишлар ўтказиш керак?

- а) қонни умумий анализ қилиш керак;
- б) бронхларни ювиб олинган сууюкликдаги хужайраларни текшириш зарур;
- в) туберкулин синамасини қўйиш зарур;

г) бронх ювиндисадаги бактерияларни текшириш зарур;

д) ўпкани томография қилиш керак.

34-масала. 42 ёшли бемор бир неча ой давомида ҳансираши кучайишидан, курук йўталиб, вақти-вақти билан иситмаси $37,8^{\circ}\text{C}$ га кўтарилишидан шикоят қилади. Анамнезида деярли ўзгариш йўқ. Объектив текширилганда юзи кўқарган, тинч ҳолатда нафас олиш сони минутига 28 марта, қўл панжалари «ноғора таёқчаси» га ўхшайди. Ўпка эшитиб кўрилганда қаттиқ везикуляк нафас асосида паст нафас олиш ва иккала томонда крепитация товуши эшитилади. Бошқа аъзоларида ўзгариш йўқ. Рентген текширишларида ўпканинг пастки булакларида майда турли фиброзни эслатувчи ўпка нақшининг қалинлашиши аниқланади. Қон анализида ўзгариш йўқ.

1. Қандай касаллик ҳақида ўйлаш мумкин?

2. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа қўшимча текшириш усулларини ўтказиш керак ва ўйлаган касалликка қайси белгилар тўғри келади?

а) бронхлар ўтказувчанлигини текшириш зарур;

б) ўпканинг газни диффузия қилиш қобилиятини текшириш зарур;

в) ўпка эластиклиги (камайтилиши)ни текшириш зарур;

г) қондаги кислород миқдорини аниқлаш керак;

д) қондаги карбонат ангидрид миқдорини аниқлаш лозим.

КУҚРАҚ ҚАФАСИДАГИ ОҒРИҚНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

35-масала. 48 ёшли Д. юрак соҳасидаги оғриқ қўлига тарқалаётганидан шикоят қилди. Оғриқ чуқур нафас олганда кучайиб, нитроглицерин таъсирида тўхтамаган, ҳаво етишмаётганлигини ва кизиб кетаётганини айтган. Бир йил илгари бачадони олиб ташланган. Объектив текширилганда ички аъзоларида касаллик белгиларини аниқланмаган. Юраги минутига 88 марта қисқаради, артерия босими 140/80 га тенг. ЭКГ да U_1-U_3 «Т» тиши манфий.

1. Кўрсатилган ташхиснинг қайси бири тўғри?

а) стенокардия;

б) плеврит;

в) вегето-дизовариал миокард дистрофияси;

г) миокардит;

д) бўйин умуртқаларининг оғрикли остеохондрози;

2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текшириш усулларини қўллаш керак?

36-масала. 5 кун илгари 58 ёшли беморнинг бачадони найчалари билан бирга олиб ташланган. Бемор операциядан кейинги хонада ётганида тўсатдан чап курагида оғриқ пайдо бўлиб, ҳаво етишмаганлигини сезган ва навбатчи врачни чақиртирган. Анамнезида онда-сонда стенокардия хуружи бўлганлиги аниқланган. Объектив текширилганда нафас олиш сони минутига 30 мартага етганлиги, ўпканинг иккала томонида везикуляр нафас аниқланган. Юраги минутига 110 марта қисқаради, артерия босими 95/70 га тенг. Юрак тонлари пасайган, ўпка артериясида II тон эшитилади.

1. Бемор аҳволининг бундай бўлишига нима сабаб бўлган?

а) миокард инфаркти;

б) аорта аневризмаси;

в) ўткир перикардит;

г) ўпка артериясининг тромбозмболияси;

д) пневмоторакс.

2. Қандай ёрдам чораларини қўллаш керак?

37-масала. 35 ёшли Р. нинг перикарди соҳасида оғриқ бўлиб, чуқур нафас олганда ва қўлини ҳаракатлантирганда оғриқ кучайган, лекин у жисмоний зўриқиш билан борлик

бўлмаган. Бир йил илгари анкилозловчи спондилоартрит борлиги аниқланган. Бу касаллигини ностероид яллирланишга қарши дорилар билан доимий равишда даволаб юрган. Объектив текширилганда чап томонда, қовурғанинг тўш суягига бириккан жойида оғриқ сезади. Кўкрак умуртқалари ҳаракати чегараланган. Унг томондаги II қовурға орасида ва V нуқтада систолик ва диастолик шовқин эшитилади. Юрак минутига 90 марта қисқаради, артерия босими 130/75 га тенг. ЭКГ да чап қоринча гипертрофиялашган.

1. Беморнинг кўкрагидаги оғриқ нима сабабдан келиб чиққан?
 - а) юракнинг ишемик касаллиги туфайли;
 - б) аорта қопқоқлари етишмовчилигининг Бехтерев касаллигига ўхшаш шакли;
 - в) перикардитнинг Бехтерев касаллигига ўхшаш шакли;
 - д) ностероид яллирланишга қарши дориларни узоқ вақт давомида қабул қилганлиги туфайли.
2. Юқоридаги жавобларнинг қайси бири тўғри?
3. Қандай кўшимча текшириш усуллари тавсия қиласиз?

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ

38-масала. 48 ёшли бемор охирги ҳафтада энса соҳасининг оғриётганидан шикоят қилиб врачга келган. Шундай белгилар бир йил илгари ҳам пайдо бўлиб, унда гипертония касаллиги борлиги аниқланган эди. Охиригача даволанмай, дуч келган дориларни (номини эслаб олмайди) ичиб юрган. Оғриқ аста-секин йўқолган. Охирги ойда дори ичмай қўйган. Артерия босими 190/110 га тенг. Томир уриши минутига 56 марта, ритмик. Қон айланишининг бузилиши аломатлари йўқ. ЭКГ, қон, сийдик анализлари ўзгармаган.

1. Қайси дорилар (ош тузини қамайтирган ҳолда) билан даволашни бошлаш мумкин?
 - а) резерпин;
 - б) триампур;
 - в) анаприлин;
 - г) клофеллин;
 - д) гипотиазид.

2. Тўлиқ даволаш режасини баён қилиб бering?

9-масала. 42 ёшли ҳаракатчан, маъмурий ташкилотда масъулиятли вазифада ишловчи ходим 3 йил давомида бир марта шамоллаш касаллиги туфайли ишга келмаган. Текшириш вақтида артерия босими 230/110 га тенг эканлиги аниқланган. Пульси минутига 65 марта уради, юракнинг чап қоринчаси гипертрофияси (ЭКГ, ва рентгенда) аниқланган. Бир неча марта текширтирилганда сийдик анализида ўзгариш аниқланмаган. Бемор семизликка мойил. Тузни кўп истеъмол қилади. Врачнинг қистови билан 1—2 йил илгари клофелин ва гипотиазид қабул қилишни бошдаган, лекин аҳволи ёмонлашганлиги (бўшашиш, оғиз қуриши) сабабли дори ичишни ўзича тўхтатиб қўйган. Бемор шифохонага ётишдан бутунлай бош тортган ва ишга яроқсизлик варақасини олишга зўрға кўнган.

1. Қайси даволаш усулини тўғри деб ҳисоблайсиз?
 - а) гипотензив дорилар билан охиригача даволаш зарур;
 - б) аҳволи яхши бўлганлиги учун гипотензив дорилар берилмайди;
 - в) унга гипотензив дорилар ёқмаганлиги учун берилмайди;
 - г) унда энцефалопатия, юрак етишмовчилиги асоратлари ёки стенокардия бўлмаганлиги учун гипотензив воситалар берилмайди;

2. Беморни даволаш учун қандай маслаҳат берасиз?

40-масала. 50 ёшли бемор гипертония касаллигининг II босқичи билан шифохонада ётипти. 4 йилдан бери гипертония касаллиги билан оғрийди. Гипертония касаллиги шиддатли кечиб, асорат қолдирмаган. Доимий равишда катта миқдорда

клофелин, гипотиазид, верош-пирон ичиб юради. Кўпинча каттик боши оғриб турганлиги учун ишга яроқсиз. Икки марта касалхонада ётиб чиққан. Артерия босими 185/110 га тенг, томир уриши минутига 78 марта, рентгеноскопияда юракнинг чап қоринчаси кенгайганлиги аниқланган. ЭКГ да $У_5—У_6$ да «Т» тишчаси манфий. Олдин тайинланган дори микдори кам деб, врач қўшимча 12,5 мг дан эрталабга изобарин тайинлаган. Уч кун давомида айтарли ўзгариш бўлмаганлиги учун даволовчи врач изобарин микдорини 37,5 мг га кўпайтирган. Икки кундан кейин артериал босим ортостатик камайганлиги учун изобарин беришни тўхтатган.

1. Врачнинг йул қўйган камчилиги нимадан иборат?

- а) изобарин микдорини тез оширганлиги (бир меча кун кузатиб, кутиб туриши керак эди);
- б) изобарин билан клофелинни бир аақтда (клофелинни тўхтатиши керак эди) тайинланганлиги;
- в) тайинланган изобаринни 2—3 марта бўлиб бериш керак эди.
- г) изобариннинг бошланғич микдори куп булганлиги;
- д) изобаринни эрталаб бермасдан кечкурун бериш керак эди.

2. Беморни қандай даволаш керак?

СИМПТОМАТИК АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ

41-масала. 20-ёшли талаба жисмоний жиҳатдан яхши ривожланган бўлиб, тиббий кўриқдан ўтаётганда унда артериал гипертония борлиги аниқланган (А/Б—160/100). Илгари ҳам тез-тез боши оғриб туриши (ўқишда чарчашдан деб билар эди) ва бурни конагандан сўнг ўзини енгил сезишини хоҳишсиз сўзлаб берди. Икки-уч марта А/Б кўтарилишига карамасдан, текшириш ва даволанишдан бош тортган. Врач юрагида систолик шовқин борлигини аниқлаган.

Рентгенологик текширилганда юракнинг чап қоринчаси кенгайганлиги, V—VIII коворганинг пастки қисмида шишган нотекис жойлар борлиги аниқланган.

1. Қайси ташхис қўйилса тўғри бўлади?

- а) гипертония касаллиги;
- б) гипокоагуляцияли кон касаллиги;
- в) рахитнинг асорати;
- г) аорта коарктацияси;
- д) бирламчи альдостеронизм.

2. Қандай оддий текшириш усули ташхис қўйишга ёрдам беради ва касалликни тўғри аниқлаш учун қандай текшириш усулидан фойдаланиш мумкин?

42-масала. 43 ёшли бемор Б. 10 кундан бери гипертония касаллиги борлиги (ГК) сабабли даволанмоқда. Поликлиникада 1,5 йилдан бери ГК бўйича врач назоратида туради. Қон босимини туширадиган дорилар ёрдам бермай қўйган. Шу давр ичида вазни 6 кг га камайиб кетган. Текшириш бошлангандан кейин умумий далар алмашинуви 362 га ортиб кетган. Ультрато-ердамида ўт пуфагида тош борлиги аниқланган. асалхонага ётгандан бери икки марта гипертония криулиб, А/Б—260/160 га кутарилган, юраги тез урган. криз бемор қорнини чуқур пайпаслагандан кейин содир бўлса иккинчиси допегит қабул қилгандан

1. Беморда қайси касаллик аломатлари мавжуд?

- а) гипертония касаллигининг оғир шакли;
- б) буйрак артериясининг торайиши;
- в) тиреотоксикоз;
- г) бирламчи альдостеронизм;
- д) феохромоцитома.

2. Бу касалликни аниқлаш учун қандай махсус текшириш усулларида фойдаланилади?

43-масала. 58 ёшли бемор аёл ГК туфайли даволанмокда. Бу касаллик билан бир неча йилдан бери оғрийди. Симпатолитик ва салуретик дорилар билан даволаниб келади. Охирги пайтда асосий шикоятларидан бири умумий бўшашишлик бўлган. Участка врачлари бу ўзгаришни клофелин, гипотиазид ичгандан кўриб, дорилардан бошқаси билан алмаштирди (унинг ўриига 25 мг дан 2 маҳал обздан ва верошпирон тайинланади.), шундан сўнг ҳам унпкг агволи ўзгармаган.

А/Б юкори, шишлар йўқ. ЭКГ да қоринча экстра-систолияси борлиги аниқланган.

1. Бу курунишнинг асосида АБ нинг қанақа шакли яширинган?

- а) иккиламчи альдостеронизм;
- б) буйрак артериясининг торайиши;
- в) феохромоцитома;
- г) бирламчи альдостеронизм;
- д) Кушинг касаллиги;

2. Қандай текшириш усули касалликни тасдиқлайди?

МИОКАРД ИНФАРКТИ

44-масала. 6 йилдан бери юрак ишемия касаллиги билан хасталаниб юрган 48 ёшли бемор уйига врачлари чақиртирди. Бемор нитроглицерин қабул қилишига қарамасдан унинг жисмоний ҳаракати кескин чегараланган, юрагидаги кучли оғриқ тўхтамаган. Врач беморнинг уйига келганда унда ҳаво етишмаслиги кучайган ва совуқ тер босган, артерия босими 110/60 гача пасайган. Қисқа вақт ичида юраги гоҳ тез уриб, гоҳ секинлашган. Наркотик дорилар берилганда оғриқ бутунлай қолмаган. Юраги тез ураётганда телефон орқали ЭКГ қилинган. Врач беморни миокард инфаркти бор деб касалхонага юборган.

Ритми ифодалаб беринг.

- а) булмачаларнинг ҳилпиллаши;
- б) қоринчаларнинг ҳилпиллаши;
- в) қоринча усти тахикардияси;
- г) Гис тутами оёқчалари блокадаси;
- д) булмачаларнинг титраши;
- е) қоринча тахикардияси;

2. Бундай ритм бузилишининг қандай клиник аҳамияти бор?

3. Врач бундай ритм бузилишини ҳисобга олган ҳолда қандай чора кўриши керак?

45-масала. 52 ёшли бемор чаи қоринча олдинги деворининг тарқалган миокард инфаркти билан икки кундан бери жадал ёрдам кўрсатиш хонасида даволанмокда. Кечаси бирданига ҳушини йўқотиб, жон талвасасида бўғиқ нафас оляпти, томир уриши ва юрак тонларини аниқлаш қийин. Монитор экранда ЭКГ кузатилади.

1. Кўрсатилган ЭКГ эгри чизиғини баҳоланг.

- а) артефакт;
- б) қоринчаларнинг ҳилпиллаши;
- в) булмачаларнинг ҳилпиллаши;
- г) қоринчалар асистолияси;
- д) қоринчалар тахикардияси.

2. Бундай ўзгаришнинг клиник аҳамияти нимадан иборат?

3. Қандай даво чораларини қўллаш керак?

46-масала. Миокард инфаркти булганига 5 соат булган 55 ёшли бемор тўғри жадал ёрдам кўрсатиш бўлимига ётқизилган. Юрагидаги оғриқ қолдирилган ва у қайта такрорланмаган. Тинч ҳолатда ҳансираш кузатилмаган, томир уриши минутига 100 марта, ритмик, А/Б 85/70 га тенг. Марказий вена қон томири босими 70 мм сув устунига тенг, қоннинг минутлик ҳажми 4,5 литрга тенг, чаи қоринчанинг тўлгандаги босими 14 мм симоб устунига тенг. Қисқа вақт кузатилганлиги учун, сийдикни аниқлаш мумкин бўлмади.

1. Биринчи ўринда қандай даволаш ишларини бажариш керак?
 - а) реополиглюкин қуйиш керак;
 - б) строфантин юбориш зарур;
 - в) норадреналин бериш керак;
 - г) венага нитроглицерин юбориш зарур.
 - д) венага преднизолон юбориш лозим.
2. Кўрилган чоралардан қандай асоратлар қолиши мумкин, ўз вақтида даволаш усулини ўзгартириш учун қандай параметрлар бор?

ЮРАК РИТМИ БУЗИЛИШИНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯСИ ВА УНИ ДАВОЛАШ

47-масала. 63 ёшли бемор В. юракнинг ишемик касаллиги ва атеросклерозли кардиосклероз ташҳиси билан поликлиникада диспансер ҳисобида туради. Уч йил илгари майда ўчоқли миокард инфаркти билан касалланган ва шундан бери беморни стенокардия хуружлари, ҳансираб қолиш безовта қилиб туради. Доимий равишда дигоксин (1 кунда 0,125 мг дан 2 марта), ҳафтасига 2 марта триампур қабул қилиб юради. Қайта текширишга ЭКГ қилингандан сўнг келган.

1. Юрак ритмини аниқланг.
 - а) бўлмача экстрасистолияси;
 - б) синусли аритмия;
 - в) бўлмачанинг ҳилпиллаши;
 - г) қоринча экстрасистолияси;
 - д) қоринча-бўлмача тугуни экстрасистолияси.
2. Аритмиянинг клиник моҳиятини аниқланг?
3. Даволашга кўрсатма беринг?

48-масала. 19 ёшли бемор аёл поликлиникага кучли юрак уриши хуружи билан келди. Врач кўраётган вақтда юрак уриши бирданига тўхтаган. Бундай хуруж 2 ва 5 ой илгари ҳам бўлган эди. Биринчи юрак хуружи кофе ичгандан кейин рўй берган. Хуруж кундузи бўлиб, 2—3 соат давом этган ва ўз-ўзидан йўқолиб кетган эди. Бу хуруждан бемор қаттиқ кўрқиб кетган ва бир неча соат давомида ўзига кела олмаган. Шундан кейин бемор қўзғалувчан бўлиб қолган, доимо юрак уришига қулоқ солиб юради, пульсини тез-тез санаб туради, баъзан тўхтаб-тўхтаб уришини аниқлайди. Бемордан сўраб-суриштирилганда, унинг ёшлигида ҳам қисқа вақтли юрак ўйнаши бўлганлиги аниқланган.

1. ЭКГ ни аниқланг.
 - а) Гисс тутамининг чап оёқ блокадаси;
 - б) чап қоринчанинг кенгайганлиги;
 - в) Гисс тутамининг ўнг оёқ. блокадаси;
 - г) кучли қўзғалиш синдрома;
 - д) диафрагма девори чандиги.
2. Бу ўзгаришларнинг қандай клиник аҳамияти бор?
3. Даволашга маслаҳат беринг.

49-масала. 42 ёшли бемор кўчада ҳушини йўқотганлиги учуй касалхонага келтирилган. Бир неча йилдан бери юрак ўйнаши хуружи безовта қилиши, бўшашиш, бош айланиши ва ўзини ёмон сезишини айтган. Бундай ўзгаришлар кучли бўлмай, ҳар куни безовта қилган, лекин иш қобилятига таъсир қилмаган (инженер конструктор бўлиб ишлайди). Кўчада ҳушини йўқотиши биринчи марта кузатилган. Уч ҳафта олдин шундай хуруж тутиб поликлиникага мурожаат қилганда ЭКГ қилинган ва унда қоринча усти тахикардияси аниқланган. Врач беморга бир кунда 20 мг дан 3 маҳал обзидан ичиб юришни тайинлаган. Шунга қарамай бемор ўзини ёмон сезган, бош айланиши кучайган.

I. ЭКГ га хулоса чиқаринг.

- а) бўлмачанинг ҳилпиллаши;
- б) бўлмача ҳилпиллашининг синусли ритм билан такрорланиши;
- в) бўлмача ҳилпиллашининг синус ритми билан ва (бўлмача-қоринча) систоласининг тўлиқ бўлмаслиги билан такрорланиши;
- г) тўлиқ бўлмача-қоринча блокадаси;
- д) кўпгина артофактлар ЭКГ ни аниқлашга тўсқинлик килади.

II. ЭКГ даги ўзгаришларнинг клиник моҳияти қандай бўлади?

III. Даволашга маслаҳат беринг.

АРИТМИЯ, БЛОКАДА

50-масала. 17 ёшли Д. исмли йигит тиббиёт олийгоҳига кириш учун тиббий комиссия кўригидан ўтди. Узини ҳар доим соғлом деб ҳисоблаган, спорт билан шуғулланган, разряди бор. Охирги ойларда олийгоҳга кириш имтиҳонларига тайёргарлик кўраётганлиги учун жисмоний шуғулланишни камайтирган. Томир уриши минутага 58 марта, аритмик. Артерия босими 115/70 га тенг. Озгина жисмоний зўриқишда томир уриши 75 га етган, ритмик ҳолда қисқаради. Объектив текширилганда бошқа аъзоларида ўзгариш йўқ. Қон ва сийдик анализида, кўкрак қафаси рентгенда текширилганда ўзгариш йўқ.

I. Юрак ритмини баҳоланг:

- а) синусли ритм бўлиб, Гисс тутамининг ўнг оёқ блокадаси бор;
- б) синусли ритм бўлиб, бўлмача экстрасистолияси бор;
- в) нормал ритм;
- г) синус ритм бўлиб, қоринча экстрасистолияси бор;
- д) бўлмачанинг ҳилпиллаши.

II. Клиник ўзгаришларга баҳо беринг.

III. Даволашга маслаҳат беринг.

51-масала. 37 ёшли бемор терапия бўлимига ревматизм натижасида тушиб қолган. Унда икки тавақали қопқоқ етишмовчилиги ва тешигининг торайиши, аорта қопқоғи етишмовчилиги, катта ва кичик қон айланиш доираси бузилиб, димланиш (дистрофия босқичи) бўлган. Бундан 3—4 йил аввал юрак уриш хуружи кузатилиб, бемор кўпроқ ҳаво етишмаслигидан қийналган.

Кейинчалик бу аломатлар анча камайган. Маълумотлар ревматик жараённинг фаоллиги ёки ўткир инфекцияли эндокардит борлигини курсатмаган. Юрак уриши 180 та, аритмик, пульс дефицити 22 та.

1. Ритмни аниқланг:

- а) бўлмачаларнинг ҳилпиллаши;
- б) синусли тахикардия;
- в) қоринча усти тахикардияси;
- г) бўлмачанинг титраши;
- д) синусли ритм асосида қоринча усти экстрасистолияси.

2. Бемордаги аритмиянинг клиник моҳиятини айтиб беринг?

3. Даволашга тавсия беринг.

52-масала. 22 ёшли Л. да бир неча йил илгари сурункали тонзиллит борлиги ағшқланган. Жарроҳлик йўли билан даволаш тавсия килинган. Яқиндагина фолликуляр ангина бўлиб, иситмалаган, ютинганда томоғи оғриган ва оғриқ 3 кун давом этган. Бемор 5 кун давомида бисептол билан даволаниб, фурациллин билан томоғини чайқаган. Даволанишни тўхтатгандан 7—8 кун кейин бўшашиш аломати пайдо бўлган, юрак соҳасида ноҳушлик сезган.

1. Ритмни аниқланг:

- а) синусли ритм асосидаги бўлмача экстрасистолияси;

- б) синусли аритмия;
 - в) синусли ритм асосидаги қоринча-бўлмача экстрасистолияси;
 - г) II даражали бўлмача-қоринча блокадаси;
 - д) I даражали бўлмача-қоринча блокадаси.
2. Бу ўзгаришларнинг клиник моҳиятини айтиб беринг.
 3. Даволаш учун тавсия беринг.

ЮРАКНИНГ ИШЕМИҚ КАСАЛЛИГИ

53-масала. 58 ёшли бемор цех бошлиги бўлиб ишлайди. Диспансеризация кўригидан ўтаётганда 4 ойдан бери озгина жисмоний ҳаракат қилса (баландликка кўтарилса ёки оғир юк кўтарса) кўкрак қафасида нохушлик пайдо бўлишини ва жисмоний ҳаракатни тўхтатганда бу нохушлик йўқолишини айтди. Баъзан бундай нохушлик сезилари чап кўлга ва кўкракка берилади. Атрофдагиларнинг маслаҳати билан у гоҳо валидол қабул қилиб юрган, лекин хуруж камайишини сезмаган. Тинч ҳолатда ЭКГ қилинган. Бемор кўп чекади, семиришга мойил. Амбулатория ҳужжатларига қаралганда, унинг бир йилдан бери сурункали бронхитнинг қайталаниши, бел радикулити билан врачга мурожаат қилганлиги, бўйин-кўкрак умуртқалари остеохондрози борлиги аниқланган.

1. Қайси ташхисни қўйиш мумкин?

- а) юракнинг ишемик касаллиги, зўриқишдаги стенокардия;
- б) юракнинг ишемик касаллиги, ностабил стенокардия;
- в) бўйин-кўкрак умуртқалари остеохондрози;
- г) кўрсатилган клиник кўриниши юракнинг ишемик касаллиги ва умуртқа остеохондрози билан боғлиқ эмас;
- д) кўрсатилган маълумотлар етарли бўлмаганлиги учун беморни текшириш керак.

2. Беморга қандай текшириш усулини тавсия қиласиз?

54-масала. 42 ёшли жамоат арбоби поликлиникада юракнинг ишемия касаллиги, зўриқишдаги стабил стенокардия ташхиси билан врач назоратида туради. Икки йил илгари миокард инфарктига гумон қилиниб, касалхонада даволанган. Амбулатория шароитида даволанишига қарамасдан ҳар куни стенокардия хуружи безовта қилиб кечаси 5 таблеткадан нитроглицерин қабул қилиб туради. Артерия босими доимо нормада. Юрак уриши секинлашган (минутига 50—70 марта), юраги кенгаймаган. Қондаги холестерин миқдори 7 ммоль/л (270 мг). Беморга дорисиз даволаниш йўли ўргатилган. Яна бемор қуйидаги дориларни қабул қилади;

- а) интенкордин—0,075 дан 3 маҳал;
- б) курантил — 0,05 дан 3 маҳал;
- в) сустак-мите — 2,61 табл. 3 маҳал;
- г) папаверин —0,04 г дан 3 маҳал;
- д) никотинат кислота—0,05 дан 3 маҳал.

1. Бу дориларнинг қайси бирини ичиш тўғри дсб ҳисоблайсиз?

2. Қолган дорилар берилишини асослаб беринг.

55- масала. 57 ёшли бемор расмчи бўлиб ишлайди.1 Бир неча йилдан бери артериал гипертония ва юракнинг ишемик касаллиги билан оғрийди. Жисмоний зўриққанда ва совуқ ҳавога чиққанида (ҳар куни эмас) стенокардия хуружи тутиб туради. Врач маслаҳатларига амал қилмай палапартиш даволанади. Беморнинг бўйи 69 см, вазни 83 кг, юраги кенгаймаган. Томир уриши минутига 70 марта, А/Б—160/95 мм га тенг. Ойига 3— 4 марта оз-оздан спиртли ичимлик ичиб туради. Врач беморга стенокардия хуружи бўлганида ўзини қандай тутишини ва унинг олдини олиш чораларини тушунтирган:

- а) стенокардия хуружи бошланганида жисмоний зўриқишдан тухташи

- керак;
- б) тил остига нитроглицерин таблеткасини қўйиши зарур;
- в) ётигди керак;
- г) стенокардия хуружини келтириб чиқарувчи омиллардан ҳоли бўлиши зарур;
- д) стенокардия хуружини чакирувчи омиллардан ҳоли бўлишнинг иложи бўлмаса (совуқ ҳавода кўчага чиқиши керак бўлса) кўчага чиқишдан олдин тили остига 1 та нитроглицерин таблеткасини қўйиши зарур.

1. Тавсия этилган чораларнинг қайси бири нотўғри?
2. Беморни тўлиқ даволаш чораларини айтиб бе-ринг?

ПЕРИКАРДИТЛАР

56-масала. 45 ёшли беморда нафас йўллариининг ўткир яллигланиш касаллигидан кейин кўкрагида ва юрак соҳасида оғриқ пайдо бўлган. Нитроглицерин таъсирида оғриқ тўхтамаган, нафас етишмовчилиги кучайган ва шиш пайдо бўлган. Илгари касал бўлмаган. Обьектив текширилганда нафас олиши минутага 24 мартага етган, ўпкасида везикуляр нафас эшитилган, юрак тонлари ритмик, пастрок, юрак қисқаришлари сони минутага 100 мартага тенг. Артериал қон босими 100/80. Жигарнинг пастки чегараси қовурға ёйидан 2 см пастда, пайпаслаб кўрилганда оғриқли. ЭКГ да синус ритмининг ҳамма усулларида вольтаж пасайган. Кўкрак қафасини рентгенограмма қилиш тавсия қилинади. ЭхоКГ да юракнинг чап бўлмачаси деворининг қалинлашганлиги, бўшлиғи кенгайиб, клапанлари ўзгарганлиги аникланади.

1. Бемордаги юрак етишмовчилигига қайси касаллик сабабчи бўлган?
 - а) атеросклеротик кардиосклероз;
 - б) аорта тешигининг торайиши;
 - в) ревматизмдаги митрал клапанлар етишмовчилиги;
 - г) экссудатли перикардит;
 - д) носпецифик миокардит.
2. Уйлаган ташхисимизни тасдиқлаш учун қанақа қўшимча текширишлар ўтказиш керак?

57-масала. 62 ёшли бемор кўп йиллардан бери сурункали бронхитдан азоб чекади, унинг охириги қайталанишида қийинлик билан балғам ажралиб, кўкрагида оғриқ пайдо бўлган, лекин аҳволининг ёмонлашишига жисмоний зўриқиш сабабчи бўлмаган. Нафас етишмовчилиги кучайиши натижасида «тез ёрдам» машинасида касалхонага келтирилган. Обьектив текширилганда бемор озғин, лаблари кўкарган, бўйин веналари кенгайган, чап ўмров усти лимфа тугунлари катталашган. Ўпкада диффуз куруқ хириллашлар эшитилади. Нафас олиши минутага 30 марта. Юрак тонлари паст эшитилади. Юрак қисқаришлари сони минутага 110 марта, А/Б — 120/90. ЭКГ да вольтаж пасайган.

1. Беморда қандай касаллик бор деб ўйлаш мумкин?
2. Ташхисни аниқлаш ва даволаш учун қандай текшириш усуллари кўллаш мумкин?

- а) лимфа тугунларини биопсия қилиш керак;
- б) ўпкани томография қилиш зарур;
- в) ЭхоКГ қилиш лозим;
- г) перикардиоцентез қилиш керак;
- д) юрак гликозидларини бериш зарур.

58-масала. 58 ёшли бемор кардиология бўлимида миокард инфаркти касаллиги билан 16 кундан бери даволанмоқда. Беморнинг кўкрагида бирданига кучли оғриқ бўлиб, оғриқ нитроглицерин таъсирида ҳам тўхтамаган. Иситмаси 37,8° га кўтарилган. Беморда миокард инфаркти қайталади, деб жадал даволаш бўлимига ўтказилган. Обьектив текширилганда юрак қисқаришлари сони минутага 100 мартага тенг. А/Б—120/80.

Перикарднинг ишқаланиш шовқини эшитилади. ЭКГ тавсия қилинган.

1. Қайси касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?
2. Қайси даволаш усулини тўғри деб ҳисоблайсиз?
 - а) наркотик, оғриқ қолдирувчи дорилар бериш зарур;
 - б) антибиотиклар бериш керак;
 - в) глюкокортикоидлар бериш лозим;
 - г) ностероид яллиғланишга қарши таъсир кўрсатувчи дорилар бериш зарур;
 - д) антикоагулянтлар бериш керак.

ОШҚОЗОН-ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЙИЧА КЛИНИК МАСАЛАЛАР

59-масала. Поликлиникага 42 ёшли бемор келиб бир йилдан буён ошқозони соҳасида оғриқ сезишдан, баъзи овқатларни истеъмол қилганда кучли зарда қайнашидан шикоят қидади. Кейинги 3—4 кун ичида эрталаб ва кечқурун ошқозони соҳасида кучли оғриқ бўлишидан қийналаётганини айтган. Иш қобилятини йўқотмаган. Оғриқ истеъмол содаси ичгандан ва овқат егандан кейин босилган. Баъзан кечаси туриб овқат еган. Вазни сезиларли даражада камайган. Текширилганда меъданинг ўнг соҳасида оғриқ, борлиги аниқланган. Врач беморни 12 бармоқ ичагида яраси бор деб текширтиришга буюрган:

- а) эзофагогастроуденофиброскопия (ЭГДФС) қилиш зарур;
 - б) ошқозонини рентгенда текшириш керак;
 - в) қонни анализ қилиш керак;
 - г) меъда ширасини текшириш зарур;
 - д) нажасни яширин қон кетишига текшириш зарур;
1. Юқоридаги текшириш усуллариининг қайси бири яра борлигини тасдиқлайди?
 2. Беморни даволаш учун кўрсатма беринг.

60-масала. 29 ёшли беморда ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги бўлиб, касалликнинг ҳамма белгилари бор ва рентген текширишларида ҳам тасдиқланган. Касаллиги олдинги сафаргига ўхшаб қайталанганлиги учун касалхонага ётқизилган. Бемор касалхонага ётганда унда астенизация белгилари аниқланган ва артериал қон босими жуда ҳам паст бўлган. Бемор пархез тутиш билан бирга ҳар хил дорилар билан ҳам даволанган:

- а) зайтун мойидан кунига 1 чой қошиқдан икки маҳал ичган;
 - б) альмагелдан 1 чой қошиқдан овқатдан 1—3 соат ўтгандан кейин ичган;
 - в) кунига икки марта 0,1 г дан кофеин ичган;
 - г) 3% ли тиамин бромиддан 1 мл дан мушак орасига укол қабул қилган;
 - д) 0,25% ли новокаин эритмасидан кунига 50 мл дан уч маҳал ичган.
1. Кўрсатилган дориларнинг қайси бири яра касаллигини даволашда фойдали ҳисобланади?
 2. Қайси бир дори нотугри берилган?
 3. Яра касаллигини қайталантирадиган яна учта дорининг номини айтинг?

61-масала. 55 ёшли бемор ўн йилдан бери касал бўлиб, касаллик белгилари суст кечади. Иш қобилятини йўқотмаган. Охирги ойларда оғриқ кучайиб, доимий бўлиб қолган. Оғриқ овқат ейиш билан боғлиқ эмас. Бошқа аъзоларида касаллик аломатлари йўқ. Амбулаторияда рентген қилинганда меъданинг антрал қисмида катталиги 1 см бўлган яра аниқланган.

1. Қуйидаги белгининг қайси бири тўғри ҳисобланади?
 - а) касаллик қайталанган;
 - б) яра қўшни аъзоларга тешиб кирган;
 - в) яра ўсмага айланган;
 - г) яра тешилган;
 - д) рентгенда текширишда хатоликка йўл қўйилган.

1. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текшириш усуллари қўллаш керак?

НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТКРОНА КАСАЛЛИГИ

62-масала. 18 ёшли бемор уч ҳафтадан бери қорнида оғриқ сезади, бир кунда 2—3 марта ичи суюқ кетади, иситмаси 38°C гача кўтарилади, бўғимларида оғриқ бор. Левомецетин билан даволанишдан унча фойда бўлмай, терисига геморрагик тошма тошган. Объектив текширилганда: пайпаслаб кўрилганда йўғон ичагида бир оз оғриқ бор. Бошқа аъзоларида ўзгариш аниқланмаган.

1. Беморда қандай касаллик бор деб ўйлаш мумкин?
2. Ташхис қўйиш учун қайси текшириш усулини қўллаш керак?
 - а) қондаги коагуляцияни текшириш керак;
 - б) нажасни бактерия бор-йўқлигига текшириш зарур;
 - в) қонни бактериологик текшириш лозим;
 - г) ректороманоскопия қилиш керак;
 - д) иригоскопия қилиш зарур.

63-масала. Жарроҳлик бўлимига 26 ёшли бемор С. ўткир аппендицитга гумон қилиб келтирилди. Объектив текширилганда иситмаси $37,8^{\circ}\text{C}$, қорнининг ўнг томонидаги мушаклар бир оз таранглашган, пайпаслаб кўрилганда озрок оғриқ сезади. Текшириш натижасида ўткир шпендицит йўқлиги аниқланган. Анамнезига қараганда икки ойдан бери кунига 5—6 марта ичи суюқ келади, шрим ҳолларда нажас қон аралаш келади. Қорнида оғриқ сезади, оғриқ ич келаётган пайтда кучаяди, қорнига газ тўпланади. Ичаклари рентген қилинганда ингичка ичакнинг чиқиш қисми торайганлиги аниқланган. Қонда лейкоцитлар сони 109/л. Қонда лейкоцитлар кўпайган (12—109/л), ЭЧТ—38 мм соат.

1. Қайси ташхисни қўйса тўғри бўлади?
 - а) носпецифик ярали колит;
 - б) терминал илеит;
 - в) ичак ўсмаси;
 - г) инфильтратли аппендицит;
 - д) ичак сили.
2. Қайси текшириш усули ташхисни тасдиқлайди?

ОШҚОЗОН-ИЧАКДАН ҚОН КЕТИШИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ ВА ДАВОЛАШ

64-масала. 25 ёшли бемор Д. ошқозон-ичакдан қон кетиши ташхиси билан касалхонага келтирилган. Нажасининг ранги бир неча кундан бери қорамтир тусга кирганлиги учун врачга мурожаат қилишга мажбур бўлган. Анамнезида ёшлигидан бери тез-тез бурни қонаши аниқланган. Беморнинг онаси ва акасида ҳам шундай ҳолат кузатилган. Объектив текширилганда ички аъзоларида касаллик йўқ. Томир уриши минутига 90 марта, А/Б—120—80 мм га тенг. Қон анализи: Нб—100 г/л; ранг кўрсаткичи — 0,7; қон зардобидида темир микдори — 6,5 ммоль/л. Қабулхонада техник сабабларга кўра гастроскопия қилиш мумкин бўлмаган.

1. Ташхисни асослаш учун қайси белгилар асосий ҳисобланади?
 - а) анамнезида яра касаллигининг йўқлиги;
 - б) беморнинг ёшлигидан бурни қонаб туриши;
 - в) гипохром камқонлик;
 - д) қон зардобидида темир микдорининг кам булиши.
2. Ташхисни аниқлаш учун қандай қўшимча текшириш усуллари тайинлайсиз?

65-масала. 54 ёшли бемор ахлатида қон пайдо бўлганлиги учун шикоят қилиб касалхонага келган. Анамнезида ўзгариш йўқ. Объектив текширилганда ички аъзоларида

касаллик топилмаган. Қон анализи: НБ — 100 г/л, Л—9ХЮ9/л, А/Б—130/80.

Юрак уриши сони минутига 88 марта;

1. Қон қаердан оқаяпти деб ўйлаш мумкин?
2. Беморни текшириш ва даволаш учун қайси усулни қўллаш керак?
 - а) беморга зудлик билан қон қуйиш зарур;
 - б) беморга плазма ўрнини босувчи дорилар қуйиш керак;
 - в) беморни гастроскопия қилиш зарур;
 - г) текширишдан олдин беморга темир препаратлари бериш керак;
 - д) колоноскопия ва ректороманоскопия қилиш керак.

66-масала. 29 ёшли бемор қабулхонага юраги тез урганлиги учун келтирилган. Бемор илгари касал бўлмаган, кўп спиртли йчимлик ичган. Охирги кунлари уч марта ичи кора рангда келган. Қабулхонада текширилганда терисининг ранги сал оқарган, тоза, кафтида билинар-билинемас нуктали қон қуйилиши аниқланган. Томир уришлари сони минутига 100 марта, ритмик, А/Б—115/70 мм, жигари қовурға ёйи остидан 4 см чиқиб туради, қаттиқ, оғриксиз. Талогини пайпаслаб бўлмайди (метеоризм туфайли). Қорин бўшлиғида суюқлик йўқ, пайпаслаб кўрилганда қорни ғулдирайди. ЭКГ-да синусли тахикардия, Т тишчаси V₃₋₆ да пасайган. Гемоглобин 110 г/л.

1. Ташҳисни аниқлаш учун қайси текшириш усулини қўллаш керак?
 - а) нажасни қон борлигига текшириш керак;
 - б) эхогастроскопия қилиш керак;
 - в) хазм аъзоларини (барий билан) рентгеноскопия қилиш зарур;
 - г) ректороманоскопия қилиш лозим;
 - д) қондаги гемоглобинни қайта текшириш керак.
2. Юқоридаги текшириш усуллариининг клиник моҳиятини айтиб беринг?

СУРУНКАЛИ ЭНТЕРОКОЛИТ ВА ИЧАК РАКИ

67-масала. 32 ёшли бемор аёл ич кетишидан, вақти-вақти билан қорнининг ўрта Кисмида оғриқ бўлишидан шикоят қилади. Объектив текширилганда оғриқ ва ғулдираш сезилади. Юрак уриши минутига 92 марта, экстрасистолия бор.

1. Қандай касаллик ҳақида ўйлаш мумкин?
2. Қандай текшириш усуллариини қўлласа тўғри бўлади?
 - а) нажасдаги ёғ миқдорини аниқлаш керак;
 - б) қондаги қанд миқдорини аниқлаш зарур;
 - в) қон зардобиддаги темир миқдорини аниқлаш керак;
 - г); қондаги калий миқдорини аниқлаш керак;
 - д) нажасни яширин қон оқишига текшириш зарур.

68-масала. 70 ёшли бемор Р. охирги ойларда ичи ўтаётганидан, баъзан бир неча кунлаб ичи келмаётганлигидан шикоят қилади. Бир марта нажасида қон борлиги аниқланган. Қорнида кучли оғриқ бўлганлиги учун «ичак тутилиши» касаллигига гумон қилиниб клиникага келтирилган. Жарроҳ кўриб «ичак тутилиши» йўқлигини айтган. Бошқа ички аъзоларида касаллик топилмаган. Қон анализида ранг кўрсаткичи — 0,7%, ЭЧТ—40 мм/соат. Ректороманоскопияда ички ва ташқи бавосил касаллиги борлиги аниқланган.

1. Қандай касаллик ҳақида ўйлаш мумкин?
2. Беморни қандай даволаш керак?
 - а) кузатиш керак;
 - б) антибиотик бериш лозим;
 - в) темир препаратлари бериш керак;
 - г) колоноскопия ва биопсия қилиш керак;
 - д) лапаротомия қилиш керак.

69-масала. 30 ёшли беморни бир неча йилдан бери ичи кетади ва қорнида оғриқ

бўлади. Бир неча марта текширилиб сурункали энтероколит ташхиси қўйилган. Кейинги кунларда ич кетиши тезлашган, юраги ҳам тез уради, вақти-вақти билан иситмаси $37,8^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилади. Объектив кўрилганда жуда ҳам озиб кетган, териси қуруқ, оқиш, оёқларида шиш бор. Юраги минутига 88 марта уради, экстрасистолияси бор. Қон анализи: Нв—92 г/л, умумий оқсил миқдори — 5 г/л, калий 3 мэк/л.

1. Бу беморда қайси касаллик белгилари устун туради?

2. Қайси даволаш усули тўғри ҳисобланади?

- а) антибиотиклар бериш керак;
- б) калийли дорилардан бериш зарур;
- в) қон зардобы қуйиш керак;
- г) гипертоник эритма қуйиш лозим;
- д) венасига иммуноглобин қуйиш лозим.

«ЎТКИР ҚОРИН» СИНДРОМИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

70-масала. 31 ёшли бемор кечаси қорнида кучли-оғриқ бўлганлиги учун икки соат олдин уйғониб кетган ва кўп профилли касалхонага келтирилган. Утган вақт нчида қайт қилиш, ич кетиш белгилари бўлмаган. Қорин пайпаслаб кўрилганда тахтасимон бўлиб, юқори қисмида оғриқ сезган (шунинг учун жигарни пайпаслаб бўлмаган). Уч йил олдин беморга 12 бармоқ ичак яра касаллиги бор деб ташхис қўйилган. Охирги ҳафтада беморни оз-оз оғриқ (кечаси кучаювчи) безовта қилган. Тартибсиз равишда даволанган. Врач яра тешилган, дейди.

1. Қандай текшириш усули ташхисни тасдиқлайди?

- а) беморнинг қорнини тик турган ҳолда рентгеноскопия қилиш керак;
- б) барий ичириб ҳазм аъзоларини рентгеноскопия қилиш керак;
- г) қондаги лейкоцитлар сонини аниқлаш лозим;
- д) қондаги гемоглобин миқдорини аниқлаш зарур;
- е) гастроскопия қилиш лозим.

2. Агар ташхис тасдиқланса, беморни қандай даволаш керак?

71-масала. 77 ёшли бемор юракнинг ишемик касаллиги, бўлмачалар хилпиллаши, қон айланиши етишмовчилиги ташхиси билан кардиология бўлимида даволанаяпти. Даволаш (тузни чегаралаш, дигоксин, солуретиклар, нитратлар бериш) натижасида юрак ритми яхшиланиб, қон димланиши камайган. Даволашнинг 23-куни беморнинг қорнида бир оз оғриқ пайдо бўлиб, баъзан санчиққа ўхшаб безовта қилади. Икки марта ичи кетган, лабораторияда текширганда қон борлиги аниқланган. Кейинги икки кун ичида ичи келмай, қорни дам бўлган, ел келмайди, ичаклар ҳаракати (перистальтикаси) эшитилмайди. Қорнида оғриқ кучайиб, қорин мушаклари таранглашган. Қиндик олдида перитонит белгилари пайдо бўлган. Умумий аҳволи ёмонлашиб, артерия босими 105/70 га тушади, кечаси иситмаси $37,8^{\circ}$ га кўтарилган, лейкоцитлар 13200.

1. Аҳволнинг ёмонлашишига нима сабаб бўлган?

- а) ингичка ичак фалажи;
- б) уткир аппендицит;
- в) мезентериал артериялар тромбози;
- г) ўткир панкреатит;
- д) ичак раки.

2. Врач қандай чора кўриши керак?

72-масала. 35 ёшли бемор аэропортда қорнида оғриқ ёўлгани ва иситмаси кўтарилгани учун қабулхонага келтирилган. 12 соат олдин нонушта қилган, кейин қорнида оғриқ турган. Оғриқ қориннинг ўнг томонидан бошланиб, кейин ҳамма томонига тарқалган, қайт қилган, қизиб кетган. Врач қориннинг таранглашганини, оғриқ кучайганлиги ва перитонит белгилари пайдо бўлганлигини аниқлаган. Иситмаси $39,4^{\circ}$ га кўтарилган, қондаги лейкоцитлар сони 1800. Бемор врачни кўриб кўрқиб кетади ва 20

яшарлик пайтида ҳам шунга ўхшаш оғриқ уни 1—2 марта безовта қилганини ва кейин йўқолиб кетганини сўзлаб беради. У аппендицит бўлган, ўт пуфаги олиб ташланган. Оғриқ йўқолмагани ва вақти-вақти билан безовта қилгани учун лапаротомия қилинган. Беморнинг онаси умр бўйи қорин ва бўғим оғриғидан азоб чеккан, буйрак касаллигидан вафот этган.

1. Бу маълумотлар қайси касалликни тасдиклаши мумкин?

- а) яра тешилган;
- б) мезентериал қон томирлари тромбозга учраган;
- в) тугунчали периаартрит;
- г) чандиқли касаллик;
- д) даврий (ўқтин-ўқтин бўладиган) касаллик.

СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИ РАҚИ

73-масала. 45 ёшли бемор бир неча йилдан бери қориннинг юқори қисмида оғриқ бўлиб, чап кўкрагига, елкасига тарқалаётганидан шикоят қилади. Бемор илгари кўп ичкилик ичган, қорни оғриганлиги учун икки марта жарроҳлик бўлимига ётқизилган. Кейинги пайтларда беморнинг ичи кетиб, озиб кетган. Объектив текширилганда терисининг ранги оқарган, пайпаслаб кўрилганда қориннинг юқори қисмида оғриқ пайдо бўлган. Жигари қовурға ёйидан 3 см чиқиб туради. Қонда қанд миқдори 10,5 ммоль/л. Нажасида ёғ парчалари борлиги аниқланган.

1. Юқоридаги маълумотлар қанақа ташхисни кўрсатади?

- а) 12 бармоқли ичак яраси;
- б) сурункали панкреатит;
- в) сурункали энтероколит;
- г) ошқозон ости бези раки;
- д) жигар циррози.

2. Ташхис қайси текшириш усули билан тасдиқланади?

74-масала. 49 ёшли бемор бир неча ойдан бери қориннинг юқори қисмида оғриқ, бўлаётганидан, бўшашиб кетаётганлигидан ва озиб кетаётганлигидан шикоят қилади. Текшириб кўрилганда жигари катталашган, қаттиқ, чеккаси текис эмас. Гастроскопия қилинганда ошқозоннинг орқа девори нотекис бўлиб, шиллиқ қавати ўзгармаган. Бошқа аъзоларида касаллик йўқ. Қон анализи: Нb100 г/л, Л—9X10⁹/л, формуласи ўзгармаган, ЗЧТ—50 мм/соат. Қонда альфа-фото протеин йўқ, қанд миқдори—11,5 ммоль/л. Касалхонада беморнинг бадани сарғайиб кетган (билирубин — 78 ммоль бўлиб, тўғри фракцияси кўпайган).

1. Қандай касаллик деб ташхис қўйса бўлади?

- а) сурункали панкреатит;
- б) ошқозон ости бези раки жигарга метастаз берган;
- в) жигар раки;
- г) жигар циррози;
- д) сурункали фаол гепатит.

2. Қанақа текшириш усули ташхисни тасдиқлайди?

ТЕМИР ЕТИШМОВЧИЛИГИДАН КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН КАМҚОНЛИК

75-масала. 38 ёшли Л. ўзида чарчашлик, бўшашишдик, соч тўкилиши ва оғиз бурчакларининг бичилиши аломатларини кузатади. Камқонлик билан касалхонага етгунга қадар темир препаратлари билан даволанган. Бемор куп йиллардан бери ҳайз кўриш пайтида кўп қон йўқотади. Объектив текширилганда тери ва шиллиқ пардалари ранги оқарган, оғиз бурчаклари бичилган, тирноқларида чизик бор. Нb—60 г/л, ранг кўрсаткичи

0,65, қон формуласи узгармаган, ретикулоцитлар — 20%.

1. Камқонликнинг келиб чиқишига қандай патологик механизмлар таъсир қилган?
2. Беморни даволаш чораларини айтиб беринг?
 - а) суяк кўмигини текшириш керак;
 - б) қон зардобидаги темир миқдорини аниқлаш зарур;
 - в) витамин В₁₂ билан қўшимча равишда даволаш керак;
 - г) темир препаратлари беришни тўхтатиб, витамин В₁₂ буюриш керак.

76-масала. 42 ёшли Р. касалхонага бўшашаётганлиги, боши айланаётганлиги, озгина жисмоний ҳаракат қилганда ҳансираб қолаётганлиги учун келтирилган. Анамнезида ошқозони Билрот I усули билан операция қилинганлиги аниқланган. Бир неча йилдан бери қон кетиб турувчи бавосил билан оғрийди. Объектив текширилганда териси ва шиллиқ қаватларининг ранги оқарган, юрак чўққисида систолик шовқин эшитилади, юрак минутага 96 марта қисқаради, артериал босими 120/80. Қон анализи: Нb—50 г/л, ранг кўрсаткичи — 0,6, қон формуласи ўзгармаган, қон зардобида темир— 5 ммол/л. Жарроҳнинг хулосаси: ички ва ташқи бавосил касаллиги борлиги сабабли операция қилиш керак.

1. Беморни қайси усул билан даволаш муҳокама қилинмоқда.
 - а) ферроплекс билан даволаб туриб, сўнгра операция қилиш керак;
 - б) феррумлек буюриш зарур;
 - в) қон қуйиш керак;
 - г) ферроплексни «В» гуруҳдаги витаминлар билан бирга бериш зарур;
 - д) камқонликнинг сабабини билиш учун суяк кў«мигини текшириш керак.
2. Қачон темир препаратлари ичиш ва инъекция қилишга буюрилади?

77-масала. 30 ёшли Г. бир неча кундан бери тез-тез қайталанувчи сурункали панкреатит билан оғрийди. Икки ой олдин унда аритмия ва темир етишмовчилиги аниқланиб, унга 2 таблеткадан 3 маҳал ферроплекс буюрилган. Объектив текширилганда тери ва шиллиқ пардалари ранги оқарган, гипосидероз белгилари (тирноқлари синган, териси қуриган) пайдо бўлган. Қон-анализида: Нb—90 г/л, ранг кўрсаткичи —0,8, қон зардобидаги темир миқдори — 7,5 ммол/л. Гастроскопия ва колоноскопияда ўзгаришлар топилмаган.

1. Темир дорилари билан даволашдан фойда бўлмаслигига сабаб нима?
 - а) беморга темир танқислиги деб нотўғри ташхис қўйилган;
 - б) ферроплекс етарли миқдорда берилмаган;
 - в) узоқ вақт даволанмаган;
 - г) темир препаратлари витамин В₁₂ билан бирга берилмаган;
 - д) темир препаратлари яхши сўрилмаган.
2. Даволашга қандай ўзгартиш киритиш керак?

ВИТАМИН В₁₂ ЕТИШМАСЛИГИДАН КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН КАМҚОНЛИК

78-масала. 63 ёшли бемор бир неча ойдан бери ўзида ҳолсизлик, бош айланиши, юрганда ҳансирашлик аломатларини ҳис этади. Охирги ойда оёқларида сезувчанлик камайганини, ишончсизлик кучайганлигини ҳис этади. Бундан 5 йил олдин ошқозон раки сабабли гастрэктомия қилинган. Объектив текширилганда териси оқиб лимон рангида, шишган, тили қизарган, сўрғичлари текисланган, жигари қовурға ёйи остидан 2 см ташкарига чиққан, юмшоқ-эластик консистенцияли. Невропатолог кўриб, орқа мия ён устунлари касалланиши белгилари борлигини аниқлаган. Қон анализи: Нb — 85 г/л, эритроцитлар — 2 млн, ранг кўрсаткичи—1,3; Л—3X10⁹/л, П—2, 0—68, Л—25, М—5, тромбоцитлар— 110X10⁹/л, ретикулоцитлар — 0,5, ЭЧТ—45 мм/соат, билирубин—32 мк. ммоль/л бўлиб, нотўғри реакцияси кўпайган.

1. Қандай ташхис қўйилса тўғри бўлади?

- а) ошқозон раки суяк кўмигига метастаз берган;
- б) ошқозон ракида ошқозондан сурункали қон йўқолиши ва темир тақчиллигидан келиб чиққан камқонлик;
- в) витамин В₁₂ етишмовчилигидан келиб чиққан камқонлик;
- г) гемолитик камқонлик;
- д) гинопластик камқонлик.

2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текшириш усулини қўллаш керак?

79-масала. 68 ёшли беморга поликлиникада камқон бўлганлиги учун кунига 400 мг дан витамин В₁₂ инъекция қилиш буюрилган. Уч марта инъекция қилингандан сўнг стенокардия хуружи билан касалхонага келтирилган. Анамнезида миокард инфаркти, инфарктдан кейинги стенокардия хуружи ҳам қайд қилинган. Объектив текширилганда терисининг ранги оқарганлиги, тил сўрғичлари текисланганлиги, юрак товуши пасайганлиги, якка-якка экстрасистолия аниқланган. Юрак қисқаришлари сони минутига 110 марта, А/Б—160/90. Қон анализи: Нб—80 г/л; Э—200000, ранг кўрсаткичи — 1,1, Л—3—10⁹/л, тромбоцитлар—120 000, СОЭ—40 мм/соат, қон формуласи ўзгармаган.

1. Қандай ташхис қўйиш мумкин?

2. Бу беморга қандай даволаш усулини тавсия қиласиз?

- а) суяк кўмигини текшириш керак;
- б) қон зардобдаги темир миқдорини аниқлаш зарур;
- в) витамин В₁₂ билан 5—6 кун даволангандан кейин ретикулоцитлар миқдорини аниқлаш зарур;
- г) витамин В₁₂ беришни тўхтатиб, темир препаратлари бериш зарур;
- д) витамин В₁₂ беришни тўхтатиб, суяк кўмигини текшириш керак.

80-масала. Клиникага 70 ёшли бемор сабаби номаълум бўлган камқонлик ҳамда ошқозон-ичакдан қон кетиши ташхиси билан келтирилган. Анамнезида ўзгариш йўқ. бир неча ойдан бери бушашиш, бош айланиши, юрганда ҳансираб қолиш безовта қилади. Ҳушини йўқотганлиги учун «тез ёрдам» машинаси чақирилиб касалхонага келтирилган. Объектив текширилганда ранги оқарган, тормозланган, саволларга қийналиб жавоб беради. Томир уриши минутига 120 марта, жуда ҳам суст уради. А/Б— 100/60. Гастроскопия қилинганда ошқозонда атрофик яллиғланиш борлиги аниқланиб, ошқозов ва ичакдан қон кетиши тасдиқланмаган. Жигар ва талоғи катталашмаган. Зудлик билан қони текширилганда: Нб—50 г/л, Э—1400000, ранг кўрсаткичи—1,2, Л—3Х10⁹ л, формуласи ўзгармаган, тромбоцитлар — 80 минг, макроцитоз, анизацитоз, нейтрофиллар мағзининг гиперсегментацияси аниқланади.

1. Қандай ташхис қўйиш керак?

2. Қандай даволаш-профилактика ишларини олиб бориш керак?

- а) суяк кўмигини текшириш зарур;
- б) мушаклар орасига витамин В₁₂ юбориш керак;
- в) венага витамин В₁₂ юбориш керак;
- г) эритроцитар масса қуйиш керак;
- д) невропатолог маслаҳатини олиш керак.

СУРУНКАЛИ ЛИМФОЛЕЙКОЗ

81-масала. Тизза бўғимида деформацияловчи артрози бўлган 62 ёшли беморнинг санатория-курорт картаси тўлғазилётганда қонида ўзгариш борлиги аниқланган. Нб—120 г/л, Л—27Х10⁹ л, П—5, С—25, Л—65, М—5, Боткин—Гумпрехт сояси бор, тромбоцитлар — 190Х10⁹ л. Врач томонидан объектив текширилганда талоқ катталашганлиги ва бўйин лимфа тугунлари юмшоқ эластик консистенцияли, бир-бири билан ва атрофдаги тўқималар билан ёпишиб кетганлиги аниқланган.

1. Биринчи навбатда қайси касаллик ҳақида ўйлаш мумкин?

- а) сурункали лимфолейкоз;
- б) лимфогранулематоз;
- в) лимфосаркома;
- г) инфекцияли моноклеоз;
- д) бўғимлар касаллиги билан боғлиқ бўлган қондаги ўзгаришлар ҳақида.

2. Касалликни аниқлашда қандай усулни тўғри деб биласиз?

82-масала. Йил давомида сурункали лимфолейкоз касаллиги борлиги учун лейкоген билан даволаниб юрувчи 63 ёшли бемор юқори нафас йўллари яллиғланишидан кейин бўшашаётгани, боши айланаётгани ва иситмаси 38°C га кўтарилганидан шикоят қилади. Обьектив текширилганда териси сарғайган, ўмров усти лимфа тугунлари ва талоғи катталашган. Қон анализи: Hb —70 г/л, Л — 37×10^9 л, билирубин—68,4 мк. моль/л тўтри кумбс синамаси мусбат.

1. Беморнинг аҳволи нима сабабдан ёмонлашган?

2. Даволашга қандай ўзгартиш киритиш керак?

- а) лейкоген беришни тўхтатиш керак;
- б) даволашга циклофосфон қўшиш керак;
- в) преднизолон бериш керак;
- д) антибиотиклар бериш керак.

СУРУНКАЛИ МИЕЛОЛЕЙКОЗ

83-масала. 36 ёшли Л. сурункали миелолейкоз билан касалланганлиги учун уч йилдан бери кунига 2 г дан миелосан ичиб юради. Бу унинг иш қобюшятини сақлаб қолган (иктисодчи бўлиб ишлайди) ва лейкоцитлар сони бир хилда $15\text{—}20 \times 10^9$ л сақланиб қолган. Охирги яайтларда бўшашиш аломати кучайиб, вақти-вақти билан иситмаси 38°C га кўтарилиб туради, терисида қон қуйилиш белгилари бор. Кўкрагида ўсма борлиги учун врачга мурожаат қилган. Обьектив текширилганда кулоқ олди ва ўмров усти лимфа безлари катталашган. Кўкрак безида иккита ўсма бўлиб, устидаги териси қизарган. Ярим йил илгари текширилгандагига нисбатан талоғи анча катталашган. Қон анализи: Hb —100 г/л, -50×10^9 /л (илгари Л — $22 + 10^9$ /л эди), базофиллар— 4, эозинофиллар — 6, бласт хужайралари — 2, промиелоцитлар—20, миелоцитлар — 10, метамиелоцитлар — 8, П —10, С —20, лимфоцитлар—15, М —5, Т — 35×10^9 /л.

1. Нима сабабдан беморнинг аҳволи ёмонлашган?

- а) цитостатиклар таъсирида ёмонлашган;
- б) миелосаннинг дозаси кам бўлган;
- в) миелофибрознинг бошланиши сабаб бўлган;
- г) беморнинг кўкрак безида сурункали миелолейкозли хавфли ўсма ривожланыпти.

2. Патологик белгини билиш учун қандай қўшимча текшириш усуллари кўллаш керак?

3. Даволашга қандай ўзгартиш киритиш керак?

- а) миелосан дозасини ошириш керак;
- б) 6-меркаптопуринни преднизолон билан бирга бериш керак;
- в) талоқни нур билан даволаш зарур;
- г) талоқни олиб ташлаш керак;
- д) кўкрак безини олиб ташлаш керак.

84-масала. 52 ёшли бемор нафас олганда кучаювчи чап қовурға ёйи остидаги оғрик ва иситманинг $37,8^{\circ}\text{C}$ га кўтарилишидан шикоят қилиб касалхонага келтирилган. Анамнезида бир неча кундан бери бўшашиш, терлаш ва чап қовурға ёйи остида оғрик борлиги аниқланган. Обьектив текширилганда: пайпаслаганда талоқ қаттиқ, узунлиги — 20 см. Бошқа аъзоларида касаллик аломатлари топилмаган. Қон анализи: Hb —130 г/л Л —

35x10⁹/л, промиелоцитлар — 2, миелоцитлар—4, П — 18, С — 40, базофиллар — 4, эозинофиллар — 5, Л — 19, М — 5, тромбоцитлар — 52X10⁹/л.

1. Қандай касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?
2. Беморни тугри даволаш усулини айтиб беринг
 - а) кузатиш керак;
 - б) антиагрегантлар бериш лозим;
 - в) миелосан бериш керак;
 - г) антибиотиклар бериш зарур;
 - д) талокни олиб ташлаш керак.

85-масала. 25 ёшли бемор диспансер кўригидан ўтаётганида қонида лейкоцитлар сони 29X10⁹/л га тенглиги аниқланган. Қон формуласи: промиелоцитлар — 1, миелоцитлар — 5, П—12, С—65, Л — 10, М—4, тромбоцитлар — 380X 10⁹/л, Hb — 120 г/л. Объектив текширилганда талоғи қовурға ёйи остидан 2 см ташқарига чнққанлиги аниқланган.

1. Қуйидаги ташхиснинг қайси бири тўғри?
 - а) беморнинг ахволига қондаги ўзгаришлар тўғри келмаганлиги учун қонни қайта текшириш керак;
 - б) клиник белгиларнинг йўқлиги сурункали миелолейкоз йўқлигини кўрсатади;
 - в) сурункали миелолейкоз;
 - г) тромбоцитларнинг кўпайиши сурункали миелолейкознинг бошланғич босқичига хос эмас;
 - д) беморда лейкомоидли реакция бор.
2. Уйлаган ташхисимизни қандай текшириш усули: тасдиқлаши мумкин?

ГЕМОЛИТИК КАМҚОНЛИК

86-масала. 35 ёшли бемор юқори нафас йўллари яллиғланиши натижасида (қисқа вақт иситмаси кўтари-лади, бўшашган, боши айланади) иситмаси 38°C га кўтарилгани ва терисининг ранги сал сарғайганидан шикоят қилади. Бир марта сийдиги қора рангга кирган. Объектив текширилганда териси оқ, сариқ рангга, томир уриши минутага 100 марта. Талоғи катталашган (узунлиги 14 см). Қон анализи: Hb—50 г/л, Л—14X10⁹ л, миелоцитлар — 2, метамиелоцитлар — 2, П—10, С—60, Л—18, М—8, ретикулоцитлар — 60%, билирубин — 62 мкмоль/л.

1. Қандай ташхис қўйилса тўғри бўлади?
 - а) ошқозон-ичагидан қон кетган;
 - б) сепсис;
 - в) аутоиммун гемолитик камқонлик;
 - г) сурункали миелолейкоз;
 - д) сублейкемик миелоз.
2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текшириш усулидан фойдаланиш керак?

87-масала. 60 ёшли бемор бўшашиш, сал ҳаракат қилса ҳансираб қолиш, иситмаси 37,8—38°C гача кўтарилишидан шикоят қилади. Гипертония касаллиги бўлганлиги учун бир йил давомида допегит ичиб юрган. Объектив текширилганда териси оч сариқ рангга, жигари ва талоғи катталашган. Қон анализи: Hb—58 г/л, Э—1800000; ранг кўрсаткичи — 1,1, Л—9,2—10⁹/л формуласи ўзгармаган, тромбоцитлар — 250x10⁹/л, ретикулоцитлар— 38%, билирубиннинг тўғри бўлмаган-фракцияси — 62 мкмоль/л.

1. Қайси касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?
2. Қайси усул билан даволаш яхши натижа беради?
 - а) қон зардобидеги темир миқдорини аниқлаш;
 - б) преднизолон билан пульстерапия қилиш;
 - в) преднизолон билан иммунодепрессантлар бериш;

г) талоқни олиб ташлаш;

д) плазморефрез қилиш.

3. Даволаш учун қандай усулни қўллаш керак?

АПЛАСТИК КАМҚОНЛИК

88-масала. Рентгенрадиолог бўлиб ишловчи 45 ёшли бемор бушашиб кетаётганидан, бош айланиши ва жисмоний ҳаракат қилганда ҳансираб қолишдан шикоят қилади. Текшириб кўрилганда қонда: Нб—60 г/л га пасайиб кетганлиги аниқланган. Бемор ўзича ферроплекс ичиб, витамин E₁₂ инъекция қилдирган. Икки ҳафтадан кейин иситмаси 38°C га кўтарилиб, инъекция қилинган жойга қон қуйилади ва бурни ҳам қонайди. Объектив текширилганда аҳволи оғир, териси ва шиллиқ пардалари оқарган, терисида қон қуйилган жойлари бор, жигари ва талоги катталашмаган. Қон анализи: Нб—65 г/л, Л— 2×10^9 /л.

1. Қандай ташхис қўйилса тўғри бўлади?

2. Ташхисни тўғри қўйиш учун қандай текшириш усулини қўллаш керак?

а) қон зардобдаги темир миқдорини аниқлаш зарур;

б) темир препаратлари беришни тўхтатиб туриб қон зардобдаги темир миқдорини аниқлаш керак;

в) қондаги ретикулоцитлар миқдорини аниқлаш зарур;

г) тўш суягини пункция қилиб, кўмикни текшириш керак;

д) чанок суягини трепанобиопсия қилиб, кўмикни текшириш керак.

3. Беморни текшириш вақтида қандай хатоликка йўл қўйилган?

89-масала. 23 ёшли бемор бурни тез-тез қонаб туришидан, терисида кўқарган жойлар борлигидан ва ҳансираш пайдо бўлганидан шикоят қилиб келади. Объектив текширилганда терисининг ранги оқарган ва турлича қон қуйилишлар аниқланган. Қон анализи: Нб—40 г/л, Л— 1×10^9 /л, П—1, С—15, Л—80, М—4, ретикуцитлар —2%, тромбоцитлар — 4×10^9 /л.

1. Беморда қандай касаллик бор?

а) уткир лейкоз;

б) сублейкемик миелолейкоз;

в) идиопатик тромбоцитопенияли пурпура;

г) гипопластик камқонлик;

д) гемолитик камқонлик асорат берган сурункали лимфолейкоз.

2. Бу беморга зудлик билан қандай даволаш чораларини қўллаш керак?

90-масала. 40 ёшли Д. бачадонидан қон кетаётганлиги, ҳансираётганлиги ва бўшашиб кетаётганлиги учун касалхонага келтирилган. Объектив текширилганда тормозланган, терисининг ранги оқарган. Ўпкасида везикуляр нафас эшитилади, хириллаш эшитилмайди. Юрак уриши сусайган, ритмик, минутига 120 марта қисқаради. А/Б—110—70. Жигари ва талоги катталашмаган. Қон анализи: Нб—45 г/л, Л— $1,3 \times 10^9$ /л, П—1, С—10, лимфоцитлар —84, М—5, тромбоцитлар — 25×10^9 /л, суяк кўмигидаги қон яратувчи хужайралар ёғ хужайралари билан аралашган, айрим жойларда кўмик хужайралар жойлашган, 10 кун давомида 80 мг дан преднизолон бериб даволашнинг фойдаси бўлмаган.

1. Бу беморда қандай касаллик бор?

2. Қандай даволаш усуллари қўлланса фойдаси бўлади?

а) янги олинган қон қуйиш керак;

б) суяк кўмигини трансплантация қилиш зарур;

в) спленэктомия қилиш керак;

г) преднизолоннинг дозасини ошириш зарур;

д) анаболик гормон бериш керак.

ЎТКИР ЛЕЙКОЗ

91-масала. 26 ёшли бемор аёл бурнидан ва бачадонидан қон кетиши ва иситмаси 39°C га кўтарилиши натижасида касалхонага келтирилди. Анамнезида унча узгариш йўқ. Объектив текширилганда терида турли қон куйилиш белгилари бор, бўйин ва жағ ости лимфа тугунлари, талоги катталашгани аниқланади. Қон анализи: Нb—80 г/л, Л— 2×10^9 /л.

1. Қандай ташхис қўйилса тўғри бўлади?

- а) лимфогранулематоз;
- б) сурункали лимфолейкоз;
- в) апластик камқонлик;
- г) периферик қонда бласт хужайраларнинг бўлмаслиги ўткир лейкоз эмаслигини курсатади;
- д) суяк кўмиги текширилганда лимфа безларини пункция қилганга нисбатан аниқроқ маълумот олинади.

2. Беморда қайси касалликка хос белгилар бор?

92-масала. 28 ёшли бемор ютинганида томоғи оғришидан, иситмаси 38°C га кўтарилиши, бурни ва милклари қонашидан шикоят қилиб келган. Сульфадиметоксин, амидопирин билан даволанган. Объектив текширилганда қўлтиқ ости, ўмров усти лимфа безлари ва талокнинг сал катталашгани аниқланади. Қон анализи: Нb—65 г/л, Л— 2×10^9 /л, П—1, С—12, Л—75, М—12, тромбоцитлар— 25×10^9 /л, ретикулоцитлар—0,2%.

1. Қандай ташхис қўйилса тўғри бўлади?

- а) ўткир лейкоз;
- б) апластик камқонлик;
- в) иммун (гаптенли) агранулоцитоз;
- г) идиопатик гемолитик камқонлик асорат берган сурункали лимфолейкоз.

2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текшириш усулини қўллаш керак?

93-масала. 20 ёшли бемор қувватсизлик ва бурни қонаб туришидан шикоят қилиб келган, кони текширилганда лейкоцитлар 25×10^9 /л га кўпайганлиги ва 80% бласт хужайралар борлиги аниқланган. Ўткир лейкоз деб ташхис қўйилган (лимфобласт варианты). Румбوميцин ва преднизолон билан икки ҳафта даволангандан кейин қонда бласт хужайралар топилмаган. Лейкоцитлар сони 18×10^9 /л гача камайганлиги аниқланади.

1. Беморни даволаш учун қандай даволаш чораларини кўриш керак?

- а) румбوميцин билан даволашни тўхтатиш зарур, агарда лейкоцитлар сони яна кўпайса, румбوميцин бериш давом эттирилади;
- б) даволашни тўхтатиш, агарда қонда яна бласт хужайралар пайдо бўлса, даволашни давом эттириш зарур;
- в) асосий даволашни тўхтатиб, ёрдамчи даволашни давом этказиш зарур;
- г) даволашни суяк кўмиги текширилгандан кейин ҳал қилиш зарур;
- д) дитостатик дориларни бошқаси билан алмаш-тириш керак.

2. Цитостатик дорилар олаётган, ўткир лейкоздан даволанаётган беморни парвариш қилишнинг ўзига хос аҳамиятини айтиб беринг.

ЭРИТРЕМИЯ

94-масала. 62 ёшли бемор йўталиб, балғам ажратаётгани ва жисмоний ҳаракат қилганда хансираб қолишидан шикоят қилади. Бир неча йилдан бери тез-тез қайталаниб турувчи сурункали бронхит билан оғрийди. Охирги пайтда боши оғриб, оғирлик сезаётган ва меҳнат қобилияти пасайганлигидан шикоят қилади. Объектив текширилганда юзи тўқ кизил рангда, нафас олиш сони минутига 24 марта. Ўпкасида дағал нафас асосида қуруқ, хуштаксимон хириллаш эшитиладп. А/Б—170/100. Пайпаслаб кўрилганда талоқ катталашган (узунлиги 13 см). Қон анализи Э—5, 9×10^{12} /л, Б—3, Э—миелоцитлар—1, метамиелоцитлар — 2, П—12, С—63, Л—15, М—5, тромбоцитлар —

480x10⁹/л, ЭЧТ—1 мм/соат.

1. Қандай ташхис қўйилса тўғри бўлади?

- а) сурункали бронхитда кислород етишмаслигидан эритроцитлар сони кўпайган;
- б) эритремия;
- в) портал қон томирда босимнинг камлиги сублейкемик миелозга (миелофиброз) ўхшайди;
- г) сурункали миелолейкознинг бошланғич шаклида тромбоцитлар кўп бўлмайди.

2. Сиз ўйлаган ташхисни қандай ёрдамчи текшириш у сули тасдиқлайди?

92- масала. 60 ёшли беморга эритремия ташхиси қўйилиб, ҳафтада икки марта 400—500 мл қон чиқариб ташланган. Эритроцитлар сони $5,2 \times 10^9$ /л Л— 18×10^9 /л. Бир неча ҳафтадан кейин геморрагик синдром пайдо бўлган (бурни қонаган), талоғи катталашган, тромбоцитлар сони — 760×10^9 л/га етган, тери қичишган.

1. Беморнинг аҳволи нима сабабдан ёмонлашди?

2. Қайси усул билан даволанса тўғри бўлади?

- а) цитостатиклар билан даволаш (қайси бири билан) зарур;
- б) антиагрегантлар бериш керак;
- в) цитостатик ва антиагрегантлар билан даволаш: зарур;
- г) қон чиқариб ташлаб, реополиглукин қуйиш керак.
- д) спленэктомия қилиш зарур.

96-масала. 57 ёшли бемор эритремия касаллиги туфайли икки йил давомида цитостатик дорилар (иминос, миелосан) билан даволанган. Беморнинг ўнг ковурағиси остида оғриқ пайдо бўлиб, нафас олганда кучайгани учун касалхонага келтирилган. Иситмаси 38°C га кўтарилган. Бир йил олдин миёда ўткир қон айланиши бузилиши борлиги сабабли даволанган. Объектив текширилганда чап кўкрак кафаси нафасда яхши катнашмаган, чегараланган, талоғи катталашган (узунлиги 15 см), оғриқли, Э— $5,2 \times 10^9$ /л, Л— 12×10^9 /л, қон формуласи-миелоцитлар томонга силжиган, тромбоцитлар — 890×10^9 /л, сийдик анализи: солиштирма оғирлиги — 10^{19} , оксил — 0,066 %, лейкоцитлар $\frac{2-3}{1}$

Ультратовуиғ билан текширилганда буйрак жомчаларида тош борлиги аниқланган.

1. Қанақа асорат тўғрисида гап бормокда?

- а) талоқ инфаркти;
- б) буйракда оғриқ бўлиши;
- в) ўпка артерияси тромбозмболияси;
- г) буйрак-тош касаллигидаги ўткир пиелонефрит;
- д) ўткир ўпка яллиғланиши.

2. Қандай дорилар билан даволаш мумкин?

КАМҚОНЛИКНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ ВА ДАВОЛАШ

97-масала. 45 ёшли беморда ҳайз кўриш натижасида камқонлик пайдо бўлган (Hb—80 г/л, ранг кўрсаткичи—0,7). Унга 1 таблеткадан 3 маҳал гемостимулин ичиш буюрилган. Даволашнинг ўнинчи куни беморнинг қорнида оғриқ пайдо бўлиб, кўнгли айниган ва ахлати қора рангга кирган. Қон қайта текширилганда: Hb—85 г/л, ранг кўрсаткичи—0,8, қон зардобидидаги темир миқдори—25,5 мкмоль/л, ретикулоцитлар—25%.

1. Қуйидагиларнинг қайси бири тўғри?

- а) беморнинг ошқозон-ичагидан қон кетаяпти;
- б) қон зардобидидаги, темир миқдори темир етишмовчилигидан келиб чиққан камқонликка ўхшамайди;
- в) қон зардобидидаги темир миқдори танада тўпланган ҳақиқий темир

миқдорини кўрсатмайди.

г) беморда гемолитик камқонлик бор;

д) ретикулоцитларнинг кўпайиши гемостимулин ичишга боғлиқ эмас.

2. Беморни қандай даволаш керак?

98-масала. 48 ёшли беморнинг кўкраги ва тўш суяги орқасида оғриқ пайдо бўлиб, у бемор тинч турганда, юрганда, овкат егандан кейин ҳам кучайишидан шикоят қилади. Оғриқ бир неча ойдан бери безовта қилади. Об'ектив текширилганда юрак қисқаришлари сони минутига 80 марта, А/Б—120/80. Тери ва шиллиқ пардалар ранги оқарган. Ички аъзоларида касаллик йўқ. ЭКГ нинг кўкрак усулида «Т» тишнинг амплитудаси пасайган. Қонда камқонлик аниқланган (Hb—90 г/л, ранг кўрсаткичи — 0,7).

1. Қайси касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?

2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текшириш усуллари қўллаш керак.

а) нажасни яширин қон борлигига текшириш зарур;

б) қон зардобидида темир миқдорини аниқлаш керак;

в) ЭхоКГ қилиш лозим;

г) гастроскопия қилиш зарур;

д) беморни зўриқтирган ҳолда ЭКГ қилиш керак.

99- масала. 45 ёшли бемор бўшашиб кетаётганидан озгина жисмоний ҳаракат қилганда хансираб қолишдан ва терисининг ранги сарғаяётганидан шикоят қилади. Қонда Hb—50 г/л, ретикулоцитлар—45% гача. кўпайган. Кумбесинамаси ёрдамида беморга аутоиммун гемолитик камқонлик ташхиси қўйилган. Беморга кунига 70 мг дан преднизолон ичиш буюрилган. Даволаш натижасида беморнинг умумий аҳволи яхшиланган, гемоглабин миқдори кўпайган, ретикулоцитлар сони камайган. Аммо преднизолоннинг кундалик миқдори 45—50 мг га туширилганда гемолиз белгилари кучайган (гемоглабин миқдори камайган ва ретикулоцитлар сони кўпайган).

1. Беморга қандай даво қилиш керак?

а) преднизолонни узоқ вақт юқори дозада бериш керак;

б) преднизолон беришни тўхтатиб, иммунодепрессантлар бериш керак;

в) қон қуйиш зарур;

г) талокни олиб ташлаш керак;

д) преднизолонни иммунодепрессантлар билан бирга бериш керак.

2. Юқорида кўрсатилган усуллар билан даволанганда қандай асоратлар қолиши мумкин?

СИСТЕМАЛИ ВАСҚУЛИТНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

100-масала. 50 ёшли. С. бўғимларида оғриқ борлигидан, иситмаси 38°C га кўтарилгани ва овкат ўтиши қийинлашаётганидан шикоят қилади. Икки ойдан бери қўл панжаларида оғриқ бўлиб, совуқ таъсирида оқаради ва санчиб оғрийди. Об'ектив текширилганда терпнев-оқарганлиги, юз мимикаси ўзгарганлиги, қўл панжаларининг териси шишиб, қалинлашганлиги ва панжаларнинг ҳаракати чегараланганлиги аниқланган. Нор-мохром камқонлик бор (Hb—90 г/л, ЭЧТ—40 мм/соат).

1. Биринчи ўринда қанақа касаллик бор деб ўйлаисиз?

а) қизилўнгач раки;

б) темир етишмаслигидан келпб чиқадиган камқонликда бўладиган сидеропеник дисфагия;

в) системали қизил волчанка;

г) системали склеродермия,

2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай ёрдамчи текшириш усуллари қўллаш керак?

101-масала. 32 зшли бемор Л. иситмаси 37,8° га кўтарилганидан, бўғимларида оғриқ бўлиши, қон туфлаш ва хансирашдан шикоят қилиб клиникага келтирилган. Бир неча йилдан бери системали қизил волчанка билан оғриб, терисида, бўғимларида ва

буйрагида ўзгариш бўлган. Доимий равишда кунига 20 мг дан преднизолон ичиб юради. Касаллиги қайталанганда эса 40—45 мг дан преднизолон қабул қилади. Ахволининг ёмонлашишини ҳомиласини олдириши билан боглайди. Операциядан 2 кун кейин иситмаси кўтарилган, кейин балғамли йўтал пайдо бўлган, бўғимларида оғриқ кучайган. Объектив текширилганда юзи ва бўйин териларига эритематоз тошма тошгани, юзи ва оёқларида шиш борлиги аниқланган. Ўпкасининг иккала томонида нам хириллаш эшитилади. Юрак қисқаришлари сони минутига 110 марта, А/Б—170/100 га текг. Қонда нейтрофилли лейкоцитоз, креатининнинг 0,5 ммоль/л га кўпайгани аниқланади. Қонда кўпгина волчанка хужайралари аниқланган.

1. Қуйидаги ташхиснинг қайси бири тўғри?

- а) ўпка яллиғланишидаги системали қизил волчанканинг қайталаган даври;
- б) стероид дориларни узок вақт қабул қиликишн-дан пайдо бўлган сил касаллиги;
- в) инфаркти ўпка яллиғланишини келтириб чиқарган ўпка артерияси тромбоэмболияси;
- г) системали қизил волчанка натижасида келиб чиққан сурункали буйрак етишмовчилиги ва бактерияли ўпка яллиғланиши;
- д) сепсис.

102-масала. 32 ёшли беморнинг бурнидан қон аралаш йиринг ажралиб, товуши бўғилиб қолган. Қулоқ-бурун-томоқ врачлари назоратида кўп вақтгача бўлиб, ҳар хил антибиотиклар билан даволанган, аммо даволанишдан фойда бўлмаган. Цепарин буюрилгандан кейин иситмаси кўтарилган, йўталганда қон аралаш балғам ажралган, хансираш кучайган, сийдик кам ажралади. Объектив текширилганда бурнида деформация борлиги ва оёқларида шиш пайдо бўлганлиги аниқланди. Иккала ўпкада, кўпроқ ўнг ўпкада нам хириллаш эшитилади. Сийдик анализи: солиштирма огирлиги — 1008, оксил—1,65%, эритроцитлар бир кўриш майдонида— 10—12 та, лейкоцитлар 8—10 та. Рентгенограммада ўпка қон томирларининг расми кучайган, ўпка инфильтрацияли оқарган жойлар билан алмашганлиги аниқланди. Қулоқ-томоқ-бурун врачлари кўриб бурун тўсиғи емирилган ва чўмичсимон тоғай чириган деб хулоса чиқарган.

1. Қандай касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?

- а) дори таъсирида васкулит бўлиб, ўпка ва буйракни зарарлаган;
- б) буруннинг ортиқча бўшлиқлари йирингли касаллигидан келиб чиққан буйрак амилоидози;
- в) системали қизил волчанка ўпка, буйрак ва юқори нафас йўллари зарарлаган;
- г) Венгер грануломатози кўринишидаги системали васкулит;
- д) ўпка, буйрак, бурун ва томоқ сили.

2. Беморни текшириш ва даволаш дастурини тузинг.

ГЕМОМРАГИК СИНДРОМНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

103-масала. 26 ёшли Л. бачадонидан қон кетаётганлиги учун касалхонага келтирилган. Анамнезида ҳайз қилиши узок (7—10 кун) давом этиб, кўп крн йўқотиши, бурни қонаб туриши ва бирор жойини уриб олса, териси кўкариб қолиши аниқланган. Объектив текширилганда териси ва шиллиқ қаватлари оқарган, юрак уришлари сони минутига 100 марта, А/Б—110/70 мм. Талоғи катталашмаган. Қон анализи: Нв—54 г/л, лейкоцитлар — $9,9 \times 10^9$ /л, ретикулоцитлар — 30%, тромбоцитлар 18×10^9 /л, лейкоцитар формулада ўзгариш йўқ.

1. Қайси ташхисни қўйиш мумкин?

- а) идиопатик тромбоцитопеник пурпура;
- б) апластик камкрнлик;
- в) ўткир лейкоз;

г) гинекологик касаллик оқибатида келиб чиққан камқонлик ва тромбоцитопения;

д) беморда гинекологик касаллик ва гемолитик камқонлик бор.

2. Қанақа қўшимча текшириш усуллари қилинса тўғри бўлади?

104-масала. 16 ёшли бемор тизза бўғимида оғриқ бўлиб, ҳаракати чегараланганлигидан шикоят қилиб келган. Ёшлигида ҳам юмшоқ тўқималарига қон қуйилиши, тизза бўғимлари ҳаракати қийинлашиб, шишиши кузатилган. Қасалхонада беморнинг тиши олиб ташлангандан бир кун кейин ўша жойдан қон кета бошлаган.

Беморнинг отаси 30 ёшлигида миясига қон қуйилишидан ўлган. Обьектив текширилганда терисининг ранги оқарган, ўнг сон мушаклари атрофияга учраган. Тизза бўғимларида, кўпроқ ўнг томонида шиш ва деформация борлиги аниқланган. Анамнезга қўшимча қилиниб, икки ҳафта олдин беморга кунига 30 мг дан глюкокортикоидлар берилганлиги аниқланган. Қон анализи: Нb— 60 г/л гача камайган, лейкоцитлар ва тромбоцитлар; нормада.

1. Бемордаги қсн оқиш турини аниқланг? Гемостазнинг қайси звеносида ўзгариш бор?

2. Қандай касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?

а) глюкокортикоидлар билан даволаш натижасида келиб чиққан идеопатик тромбоцитопеник пурпуранинг қайталанмаган даври;

б) тромбоцитопатия (тромбоцитларнинг адгезия ёки агрегация функцияси бузилган).

в) системали зарарланган ревматоидли артритнинг васкулит ва камқонлик ҳолдаги қуриниши.

г) гемофилия;

д) геморрагик васкулит.

3. Ёнг яхши текшириш усулини айтиб беринг.

105-масала. Жигар циррози билан касалланган беморнинг сийдигида қон бўлганлиги (макрогематурия) ва бурнидан қон кетганлиги учун қасалхонага келтирилган. Бир неча кун илгари беморнинг болдиридаги чуқур веналарда тромбофлебит бўлганлиги учун фенилин ичиш буюрилган (жарроҳ томонидан). Обьектив текширилганда жигари, талоғи қатталашмаган, қорни бўшлигида асцит ва қорин олд девори веналари қенгайганлиги аниқланган.

1. Геморрагик синдромнинг келиб чиқиш механизмини айтиб беринг?

2. Ташхиснинг тўғрилигини текшириш учун қанақа текшириш усулини қўллаш керак?

а) тромбоцитлар агрегациясини текшириш зарур;

б) суяк қўмигини текшириш лозим;

в) протромбин бериш вақтини аниқлаш лозим;

г) фибриноген миқдорини аниқлаш керак;

д) қондаги тромбоцитлар миқдорини аниқлаш лозим.

3. Беморда геморрагик синдромни аниқлашда қанақа усулни танлаш керак?

МИЕЛОМ КАСАЛЛИГИ

106-масала. 68 ёшли бемор аёл оёқларида қувват йўқлигидан ва бели оғриётганлигидан шикоят қилади. Бир неча ойдан бери қасал бўлиб, поликлиникада текшириш пайтида қонида гемоглабин миқдори қамлиги аниқланган. Обьектив текширилганда терисининг ранги оқарган, қўқрак умуртқалари пайпасланганда оғриқ сезади, рентген қилинганда остеопороз ва деструктив ўзгариш борлиги аниқланади. Бошқа аъзоларида қасаллик топилмаган. Қон анализи: Нb—80 г/л, Л—5, 6×10^9 /л, тромбоцитлар 70×10^9 /л, ЭЧТ—68 мм/соат, креатинин— 0,65 ммоль/л, умумий оқсил—110 г/л, сийдикдаги оқсил миқдори — 1.66%.

1. Кайси ташхис кўйилса тўғри бўлади?

- а) миелом касаллиги;
- б) умуртқа сили;
- в) қарилек спондилопатияси;
- г) умуртқа ракиннинг метастази;
- д) остродистрофияли сурункали буйрак етишмовчилиги.

2. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текшириш усулини қўллаш керак?

107-масала. 50 ёшли бемор бушашаётганлиги ва чарчаётганлиги учун врачга келди. Бир ой илгари елкасидаги ўсма операция қилиб олиб ташланган, техник сабабларга кура гистологик текшириш қилинмаган. Объектив текширилганда жигари катталашган, каттик-эластик консистенцияли. Қон анализи: Нб—60 г/л, СОЭ—60 мм/соат, креатинин — 0,55 ммоль/л. Сийдик анализида оксил—1,65%, эритроцитлар — бир кўриш майдонида 4-5. Кўкрак қафаси рентгенограммасида эмфизема ва пневмосклероз борлиги ашшланган.

1. Қандай ташхис кўйилса тўғри бўлади?

2. Кўрсатилган қайси текшириш усули қўлланса тўғри бўлади?

- а) вена-орқали урография қилиш керак;
- б) буйракни биопсия қилиш зарур;
- в) жигарни биопсия қилиш керак;
- г) суяк кўмигини текшириш зарур;
- д) гастроскопия қилиш лозим;

108-масала. 63 ёшли беморнинг сийдигида 3,3% оксил борлиги учун касалхонага текшириш учун юборилган. Анамнезида буйрак касаллиги йуқ. Текширилганда Қонда Нб—70 г/л гача камайган бўлиб, миелом касаллигининг аниқ, ташхисини қўйиш учун суяк кўмиги текширилган ва қон зардобидидаги оксиллар электрофорез қилинган. Суяк кўмигида атипик белгилар бор, плазматик хужайралар аниқланади. Қон зардобидида паропротеин топилмаган. Бутунлай миелом касаллигини истисно қилиш учун умуртқаларни рентгенография қилиш тайинланган.

1. Ташхисни тасдиқлаш учун қайси текшириш усулини қўллаш тўғри бўлади?

- а) қон зардобидида протеин йўқлиги миелом касаллигини рад этади;
- б) атипик плазма хужайраларининг топилиши миелом касаллиги бор дейишга асос бўлмайди, чунки бундай ўзгариш буйрак касаллигида (гипернефромада) ҳам бўлиши мумкин.
- в) сийдикни электрофорез йўли билан текшириш керак;
- г) умуртқаларда остеопороз борлиги миелом касаллиги бор дейишга асос бўлади.

2. Бундай ҳолларда касаллик қандай кечади?

ДИССЕМИНАЦИЯЛАШГАН ҚОН ТОМИРЛАРДА ҚОННИНГ ИВИШИ

109-масала. 26 ёшли бемор бўлимда сепсис, тери ости абсцесси, септик эндокардит, Ўпканинг сепсисли яллиғланиши ташхиси билан даволанаяпти. Кунига 3 г кефзол ва ампициллин билан даволанмоқда. Қилинган даволаш чораларига қарамасдан ҳансираши кучайган, терида геморрагик тошмалар пайдо бўлиб, ажралаётган сийдик миқдори кескин камая бошлаган. Қон анализи: Нб—90 г/л, Л— 14×10^9 /л, формуласи миелоцитларгача силжиган, тромбоцитлар — 80×10^9 /л, креатинин—0,6 ммоль/л, калий — 5,2 ммоль/л, фибриноген — 2 г/л, эталонли тести ижобий.

1. Нима сабабдан қилинган даво фойда бермаяпти?

2. Даволашга қандай ўзгартиш киритиш керак?

- а) кефзол дозасини кўпайтириш керак;
- б) кефзолни гентамицинга алмаштириш керак;
- в) гепарин билан янги муздан туширилган қон зардобини қуйиш керак;

г) кон куйиш керак;

д) антистафилококкли гамма-глобулин юбориш керак.

110-масала. 25 ёшли аёл криминал бола туширишдаи кейин бачадонидан қон кетиши тўхтамаганлиги учуй касалхонага келтирилган. Касалхонада 1 литрга яқин консервланган қон (чунки гемоглабини 70 г/л камайган эди) ва қон зардобы ўрнини босувчи (гемодез, декстран, тузли суюқликлар) суюқликлардан 1,5 литр қуйилган. Қўлланилган чора-тадбирлар ва антибиотиклар берилишига қарамасдан беморнинг ахволи яхшиланмаган; ҳансираши кучайган, ҳуши хиралашиб, кунлик ажралаётган сийдик миқдори 100 мл гача камайган, геморрагик белгилар (терида қўқаришлар, кофе рангида қайт қилиш) пайдо бўлган. Обьектив текширилганда юзи қўқарган, нафас олиши минутига 30 марта, юрак қисқаришлари сони минутига 120 марта, А/Б—110/60. Нб—80г/л, Л— $12,6 \times 10^9$ /л, формуласи миелоцитларгача силжиган, тромбоцитлар 60×10^9 /л, фибриноген — 1,5 г/л, эталонли тест сал ижобий, антитромбин III—60%.

1. Қуйидаги ташхиснинг қайси бири қўйилса тўғри бўлади?

а) клиник-лаборатория куруниши кўп қон йўқотганликни кўрсатади ва бир хилдаги ўрнини босувчи дорилар берилмаган;

б) лейкоз йўқлигини аниқлаш учун тўлиқ текшириш керак;

в) хансираш кўп суюқлик қуйилгандан бўлиши мумкин;

г) фибриноген, тромбоцитлар ва антитромбин III ҳамда клиник куруниши диссеминациялашган қон томирлардаги қон ивишининг бошланишига ухшайди;

д) эталонли тестнинг сал ижобий бўлиши диссеминациялашган қон томирлардаги қон ивишига ўхшамайди.

2. Беморни даволаётганда қандай хатоликка йўл қўйилган?

3. Бу касалликда қандай даволаш усулини қўллаш керак?

111-масала. 26 ёшли беморни геморрагик панкреатит борлиги туфайли операция қилингандан 2 кун кейин кофе рангида қайт килган, бурнидан қон кетган, операция қилган жойдан қон чиқиб, терида қўқариш пайдо бўлган, инъекция қилинган жойдан ҳам қон чиққан. А/Б—90/60 га тенг. Гемоглабин миқдори 110 г/л дан 90 г/л гача камайган, тромбоцитлар 70×10^9 /л, тромбоцитлар агрегацияси камайган, фибриноген — 4 г/л (операциягача 8 г/л бўлган) эталонли тест манфий.

1. Беморнинг ахволи ёмонлашишига нима сабаб бўлган?

2. Қандай даволаш усулини тўғри деб биласиз?

а) йўқотилган қон ўрнини қон қуйиш билан тўлғазиш керак;

б) янги муздан туширилган қон зардобини қуйиш даволашнинг асосий қисми ҳисобланади;

в) беморга антипротеаз бериш керак;

г) бу касалликда гепарин қуйиш мумкин эмас;

д) плазмодифрез қилиш аҳволни яхшилайд.

СИСТЕМАЛИ ҚИЗИЛ ВОЛЧАНКА ВА БОШҚА ВАСКУЛИТЛАР

112-масала. 28 ёшли Г. га туққанидан бир ҳафта кейин (қисқич қўйилган) иситмаси кўтарилганлиги учун пенициллин буюрилган. Иситма пенициллин таъсирида тушмаган, аксинча йўталиб йирингли балғам ажрата бошлаган, қон туфлаган, хансираш пайдо бўлган, Бемор 5 йилдан бери системали қизил волчанка касаллиги борлиги сабабли кунига 10—15 мг дан преднизолон ичиб юрган. Касаллик қайталанганда эса преднизолон миқдорини 40 мг гача оширган. Антибиотиклар сульфаниламид ва яллиғланишга қарши ностероид дорилар беморга ёқмай қолган. Обьектив текширилганда беморнинг ахволи оғир, кучли ҳаво етишмаслик сезгиси бор, ўпкасининг иккала томонида қуруқ ва турли катталиқдаги нам хириллашлар эшитилади. Оёқларида шиш пайдо бўлган, юрак

қисқаришлари сони минутига 100 марта, А/Б—170/110 га тенг. Рентгенологии текширилганда иккала ўпкасида ҳам инфильтратли ўзгаришлар бор. Қонда нейтрофиллар кўпайган, ЭЧТ—50 мм/соат, креатинин миқдори — 0,6 ммоль/л гача кўпайган.

1. Беморнинг аҳволи ёмонлашишига қанақа касаллик сабабчи бўлган?
2. Қуйида кўрсатилган даволаш усуллариининг қайси бири қўлланса тўғри бўлади?
 - а) преднизолон дозасини 60 мг гача кўпайтириш керак;
 - б) преднизолон дозасини ошириб, антибиотик бе-ришни кучайтириш зарур;
 - в) антикоагулянтлардан гепарин ва антибиотик-лар бериш керак;
 - г) изониазид, ПАСК бериш зарур;
 - д) гемобсорбция ёки плазмафоре́з қилиш зарур.

113-масала. 65 ёшли аёл бир неча ойдан бери қорнида тарқоқ оғриқ борлигидан, мушаклари бўшашиши (сочини қийналиб тарайди, зинапоядан қийинчилик билан кўтарилади), терисига тошма тошаётганидан, иситмаси 37,8—38°C гача кўтарилганидан шикоят қилади. Объектив текширилганда: бел мушаклари пайпасланганда оғрийди, қовоғи осилган (птоз) юз терисига, кўпроқ қовоқларига эритемали тошмалар тошган. Ички аъзоларида касаллик йўқ. Қонда канд миқдори 8 ммоль/л гача кўпайган. Электромиография усули билан текширилганда мушаклар амплитудасининг пасайганлиги аниқланади.

1. Биринчи ўринда қандай касаллик туғрисида ўйлаш мумкин?
 - а) миастения;
 - б) дерматомиозит;
 - в) диабетик полинейропатия;
 - г) системали склеродермия;
 - д) тугунли артрит.
2. Қасалликнинг хусусиятини билиш учун қанақа қўшимча текшириш усулини қўллаш керак?

114-масала. 26 ёшли С. нинг иситмаси бирданига кўтарилиб, антибиотиклар таъсир қишмаган, бўғимларида, мушакларида оғриқ бўлиб, оёқ панжалари увишган. Озгина вақтдан кейин йўтал пайдо бўлиб, қон аралаш балғам ажралган ва нафас олишлари сони 30 та гача кўпайган. Ўпкасида везикуляр нафас асосида иккала томонда ҳам майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. А/Б—180/110 га тенг. Рентгенологик текширилганда ўпкада қон томирлар сурати кучайган, инфильтратли жойлар аниқланиб, оқарган жойлар билан алмашиб турганлиги аниқланган. Қонда нейтрофиллар кўпайиб, миелоцитларгача силжиган. Сийдик анализи: солиштирма оғирлиги— 10^{10} , оксил—1,65%, кўриш майдонида эритроцитлар сони—8—10, цилиндрлар — 2—4 та. Невропатолог кўриб, икки томонлама полирит касаллиги бор деб ташхис қўйган.

1. Қайси ташхисни қўйса тўғри бўлади?
 - а) параспецифик ўзгаришлари бўлган ўпка сили;
 - б) икки томонлама абсцессли пневмония;
 - в) ўпка, буйрак, нервларни касаллантирувчи тугунли артрит;
 - г) системали кизил волчанка;
 - д) сепсис.
2. Беморни даволаш дастурини тузинг.

ЖИГАР КАТТАЛАШГАНИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

115-масала. 33 ёшли Д. нинг бир неча кундан бери иситмаси 38°C га кўтарилиб, ўнг қовурғаси остида, панжалари, майда бўғимларида оғриқ бўлганлиги учун «қон системаси касаллиги» ташхиси қўйилиб клиникага келтирилган. Пенициллин ва сульфаниламидлар билан даволанганда фойдаси бўлмаган. Жигари катталашганини бир неча йил олдин билган, вақти-вақти билан териси ва шиллиқ каватларида сарғайиш

кузатилган. Бир неча йил олдин Бирусли гепатит билан оғриган. Объектив текширилганда териси сарғайган, терисида қон томир юлдузчалари бор. Жигари озроқ катталашган (қовурға остидан 3 см чиқиб туради), талоғининг чеккаси қўлга уннайди. Ўпка эшитиб кўрилганда ўнг томонда нафас сусайганлиги аниқланади. Берилган кўчирма қоғозда қон анализи қуйидагича: Нb—85 г/л, Л— $1,2 \times 10^9$ /л, П—23, С—53, Л—15, М—8, плазматик хужайралар — 1 %, ретикулоцитлар — 302, тромбоцитлар — 90×10^9 /л, билирубин — 48 ммоль/л, АЛТ—300 ТБ, АСТ—360 ТБ.

1. Беморда қандай касаллик бор десак тўғри бўлади?
2. Қуйида кўрсатилган текшириш усуллариининг қай бири қўлланса тўғри бўлади?
 - а) суяк кўмигини текшириш зарур;
 - б) жигарни пункцияли биопсия қилиш лозим;
 - в) қондаги ЛЕ хужайраларини аниқлаш зарур;
 - г) қонни бактериологик текшириш керак;
 - д) плевра суюқлигини текшириш зарур.

116-масала. 45 ёшли Р. ўнг қовургаси остидаги оғриқдан, қорни дам бўлаётгани, бўшашиб, озиб кетаётганлигидан шикоят қилиб врачга мурожаат қилган. Бир ой илгари сурункали гепатит касаллиги туфайли касалхонада даволаниб чиққан. Касалхонадан берилган кўчирма қоғозда жигарнинг 2 см катталашгани кўрсатилган. Текшириш пайтида жигарнинг 10 см катталашгани (гепатомегалия) ва чеккаси нотекислиги аниқланган.

Бошқа аъзоларида касаллик йўқ. ЭЧТ—50 мм/соат.

1. Биринчи ўринда қандай касаллик ҳақида ўйлаш мумкин?
2. Қанақа текшириш усуллари қўллаш керак?
 - а) гастроскопия қилиш лозим;
 - б) спленопортография қилиш керак;
 - в) қонда альфафотопротеин борлигини аниқлаш лозим;
 - г) трансаминаза фаоллигини аниқлаш лозим;
 - д) ишқорли фосфатазининг фаоллигини аниқлаш керак.

117-масала. 26 ёшли бемор бир неча ҳафтадан бери қорни катталашаётганлигидан, оёқларида шиш ва ўнг қовургаси остида оғриқ пайдо бўлганлигидан шикоят қилади. Бир йил илгари сил касалликлари диспансерида «қон орқали (диссеминацияланган) юккан» сил касаллигидан даволанган. Фтивазид, ПАСК, рифамицин билан даволанган. Объектив текширилганда бўйин веналарида димланиш борлиги, қорнида асцит ва оёқларида шиш аниқланган. Жигари 4 см катталашган, пайпаслаб кўрилганда каттиқ ва бир оз оғриқли. Эшитиб кўрилганда юрак товуши пасайган. Врачлар ҳар хил ташхислар қўйганлар.

1. Қуйидаги ташхиснинг қайси бири тўғри деб биласиз?
 - а) жигар раки;
 - б) жигар сили;
 - в) констриктив перикардит;
 - г) силга қарши дорилар таъсирида келиб чиққан гепатит;
 - д) уч тавақали копқоқлар тешигининг торайиши;
2. Беморни даволаш учун қандай даволаш усулини танлаш керак?

ЎТ ПУФАГИ ВА ЎТ ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИГИ

118-масала. 50 ёшли тўладан келган аёл ўнг қовургаси остида кучли оғриқ бўлиб, белига таркалаётганлиги ва бир марта қайт қилганидан шикоят қилади. Анамнезида стенокардия хуружи ва артериал босими ошганлиги аниқланади. Иситмаси $37,8^{\circ}$, юрак қисқаришлари сони минутига 110 мартага тенг, А/Б—120/80. Ўнг ўпкада нафас олиш секинлашган, пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурға остида оғриқ бор. Қўшимча қилиб сўралганда нажаси оқ рангда эканлиги маълум бўлди.

1. Қанақа касаллик дейилса тўғри бўлади.
 - а) миокард инфаркти;

- б) ўткир пневмония;
- в) ўт-тош касаллиги;
- г) сурункали панкреатитнинг кайталанган даври;
- д) ўткир Бирусли гепатит.

2. Беморни текшириш ва даволаш усули қандай бўлади?

119-масала. 52 ёшли бемор икки ҳафтадан бери иситмаси чиқиб, калтираётгани, ўнг қовурғаси остида оғриқ борлиги, кўз шох пардаси сарғаяётганидан шикоят қилади. Анамнезида аввал ўнг қовурға остида оғриқ хуружи бўлганлиги, ранги оқариб, танаси вақти-вақти билан сарғайиши ва тана ҳарорати кўтарилганлиги аниқланди. Объектив текширилганда кўз шох пардаси сарғайган, жигар ва талок катталашган. Бошқа аъзоларида касаллик йўқ. Қон анализи: Нb—110 г/л, Л— $11,5 \times 10^9$ /л, П—11, С—68, Л—15, М—6, ЭЧТ—48 мм/соат. Қонда билирубин билан холестерин микдори ортганлиги аниқланган.

1. Қандай ташхис қўйилса тўғри бўлади?

- а) калькулез холецистит;
- б) холангит;
- в) ўткир Бирусли гепатит;
- г) сурункали фаол гепатит;
- д) жигар абсцесси.

2. Қандай текшириш усуллари ташхисни тасдиқлайди?

120-масала. 65 ёшли Р. ўт-тош касаллиги билан оғриган, тез-тез оғриқ хуруж қилиб, иситмаси кўтарилиб туради. Охирги ойларида ўнг қовурға остидаги оғриқ доимий равишда безовта қилиб, у 8 кг озиб кетган. Қасалхонага келмасдан бир ҳафта олдин беморнинг бадани сарғайиб, ахлати рангсиз булиб қолган. Объектив текширилганда бемор озғин, териси сарғайган, ўнг қовурға ости пайпасланганда ўт пуфаги катталашган. Бошқа аъзоларида касаллик йўқ.

1. Қандай касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?

2. Қуйидаги текшириш усуллари қайси бири ташхис қўйишга ёрдам беради?

- а) қондаги холестерин микдорини аниқлаш;
- б) ўт суюқлигидаги холестерин микдорини аниқлаш;
- в) ўт пуфагини ультратовуш билан текшириш;
- г) билирубин микдорини аниқлаш;
- д) ретроград панкреатохолангиография қилиш.

САРИҚЛИКНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

121-масала. 23 ёшли талаба бадани сарғайганини атрофдагилар айтганидан кейин билган ва врачга мурожаат қилган. Охирги пайтларда чарчоқлик сезиши ва ахволи ўзгарувчан бўлиб қолганлигини айтади. Объектив текширилганда бошқа аъзоларида ўзгариш кузатилмайди, кўз шох пардаси сарғайган. Қон анализи: Нb—130 г/л, ретикулоцитлар—8%, Л— $8,5 \times 10^9$ /л, формуласи ўзгармаган, тромбоцитлар— 190×10^9 /л, билирубин — 49 ммоль/л, асосан билвосита фракцияси, холестерин — 5,2 ммоль/л, сийдикда ўт пигментлари йўқ.

1. Кўрсатилган ташхиснинг қайси бири тўғри келади?

- а) гемолитик камқонлик;
- б) сурункали фаол гепатит;
- в) холестатик гепатит;
- г) ўт йўллари тош тўсиб қўйишидан бўлган механик сариклик;
- д) хавфсиз гипербилирубинемия.

2. Ташхисни тасдиқлаш учун қайси текшириш усулини қўллаш мумкин?

- а) трансаминаза фаоллигини текшириш;
- б) жигарни пункцияли биопсия қилиш;

- в) жигар ва ўт йулларини ультратовуш билан текшириш;
- г) ҳамма текшириш усулларини қўллаш;
- д) юқ.оридаги текшириш усуллари фойдасиз.

122-масала. 32 ёшли бемор апластик камқонлик билан касалланган, унга кўп қон қуйилган. Уч ойдан бери қунига 30 мг дан неробол олади. Бадани сарғайгани ва қичишгани учун касалхонага ётқизилган. Объектив текширилганда жигари қовурға ёйидан 4 см ташқарига чиққан. Териси ва кўз шох пардаси сарғайган. Қон анализи: Нб—90 г/л, Л—3109/л. П—3. С—35, П—50, М—12, ретикулоцитлар — 1 %, тромбоцитлар — 70×10^9 /л, билирубиннинг тўғри реакцияси — 62 ммоль/л, холестерин — 16 ммоль/л. Трансаминаза: АЛТ—65, АСТ—70 ТБ, сийдикда ўт пигменти йўқ.

1. Биринчи ўринда қанака асорат қолдирган деб ўйлаш мумкин?

- а) холестатик гепатит;
- б) ёғли гепатит;
- в) ўткир Бирусли гепатит;
- г) гемолитик камқонлик;
- д) ҳавфсиз гипербилирубинемия.

2. Нима сабабдан бадан сарғайган ва қандай даволаш чораларини кўриш керак?

123-масала. 31 ёшли бемор вақти-вақти билан териси сарғайгани, бўшашаётгани ва боши айлангани учун врачга мурожаат қилади. Уч йил илгари оиласи билан Африкада командировкада бўлганида териси сарғайган, иситмаси кўтарилган, талоги катталашган. Олти ёшли ўғли безгак билан касалланиб, иситмаси кўтарилган ва талоги катталашган. Объектив текширилганда тери ва кўз шох пардаси сарғайган, жигари қовурға остидан 3 см ташқарига чиққан, юмшоқ, оғриқсиз, талогининг узунлиги 16 см. Бошқа аъзоларида касаллик йўқ. Қон анализи: Нб—100 г/л, Л—11, 109/л, формуласи озгина чапга силжиган. Ретикулоцитлар — 40%, қон суртмасида микроцитлар кўп. Билирубин билвосита франкциясв ҳисобкага ошган — 58,6 ммоль/л. Трансаминаза, АЛТ — 45, АСТ—50 га, Сийдикда уробилин микдори кўп.

1. Кўпроқ қайси касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?

- а) безгак;
- б) сурункали гепатит;
- в) ўт-тош касаллигида ўт йўллари тўсилиб, беморнинг танаси сарғайган;
- г) наслдан-наслга ўтувчи гемолитик камқонлик (қайси шакли);
- д) аутоиммун гемолитик камқонлик.

2. Қандай текшириш усули ташхисни тасдиқлайди?

3. Касалликка қандай даво қилинади?

АОРТА КЛАПАН (ҚОПҚОҚ)ЛАРИДАГИ НУҚСОНЛАР

124-масала. Ўрмон хўжалиги соғломлаштириш пунктига 34 ёшли геолог охирги ҳафтада озгина ҳаракат қилса вақти-вақти билан кўкрак қисиш аломати бўлаётганлигидан шикоят қилиб келган. Ҳаракат қилишни тўхтатгач 2—3 минутдан кейин ноҳуш сезги йўқолган. Олдин соғлом бўлган. Иш вақтида ҳар хил жисмоний ишларни бажаришга тўғри келар эди. Объектив текширилганда юрак учи турткиси сал кучайган, тўш суяги чап қирғоғи бўйлаб протодиастолик шовқин эшитилади. Томир уриши минутига 64 марта, ритмик, А/Б—140/60.

1. Бу маълумотлар асосида қандай ташхис қўйиш керак?

- а) юракнинг ишемия касаллиги;
- б) митрал стеноз;
- в) аорта клапанлари етишмовчилиги;
- г) гипертония касаллиги;
- д) аорта тешиги стенози;

2. Беморни даволаш учун маслаҳат беринг.

125-масала. 69 ёшли бемор биринчи марта ҳаракат қилганда стенокардия хуружи булганлиги учун поликлиникага келган. Бемор иш жойида юрак ишемия касаллиги билан 10 йилдан бери врач назоратида юришини айтади. Кейинги йилларда юрак соҳасида систолик шовкин бўлаётганлиги бемор диққатини тортади. Объектив текширилганда: кўкракнинг ўнг томонида II қовурғанинг тўш суягига бириккан жойида, уйку артериясида дағал систолик шовкин эшитилиб, угла жойида титраш сезилади. Томир уриши минутига 66 марта, ритмик А/Б—200/90 га тенг. Юрак етишмовчилиги белгилари йўқ. Эхокардиография юрак чап коринчаси девори қалинлашгани, аорта қопқоқлари тўлиқ очилмаётганлиги ва уларга кальций ўрнашганини аниқлайди. Врач аорта қопқоқлари етишмовчилиги бор деб уйлайди.

1. Қандай ташхис қўйилса тўғри бўлади?

- а) аорта қопқоқларининг кучли етишмовчилиги;
- б) аорта қопқоқларининг бир оз етишмовчилиги;
- в) аорта тешигининг кучли стенози;
- г) мавжуд маълумотлар кучли аорта қопқоқлари етишмовчилиги борлигини тасдиқламайди;
- д) аорта қопқоқлари олдидаги градиент босимини ўлчаш керак.

126-масала. 55 ёшли бемор ревматизм касаллиги натижасида аорта қопқоқлари етишмовчилиги борлиги учун касалхонанинг ревматология бўлимига ётқизилган. Беморда касаллик 30 ёшида бошланган, бу унинг ҳаракат қилишини чегараламаган. 50 ёшида стенокардия билан касалланган, 52 ёшида эса озгина жисмоний зўриқишдан хансираш сезади (юрак гликозидлари, сийдик хайдовчи дорилар ичади, узи ногирон). Охирги 6 ой ичида хансираш камайиб, оёқлари шишган ва ўнг қовурға остида оғриқ сеза бошлаган. Объектив текширилганда бўйин веналари бир оз бўртган, тннч турганда хансираш сезилмайди, юрак учи турткиси VII қовурға оралиғида, олд қўлтик ости чизигида кучайган. Томир уриши минутига 90 марта, ритмик, А/Б—130/0. Жигарининг пастки қирғоғи қовурға остидан 6 см пастга тушган, оёқларида озроқ шиш бор, қон анализи нормада.

1. Беморни кардиохирургия бўлимига ўтказиш ҳақида муҳокама кетяпти;

2. Қайси муҳокама натижаси тўғри ҳисобланади?

- а) касаллик яхши кечаётганлиги учун операция қилишга хали эрта (хансираш камлиги учун).
- б) анчадан бери юрак миокарди касал бўлганлиги учун операция қилиш мумкин эмас;
- в) операция қилишнинг айна вақти келган;
- г) ёши катталиги учун операция қилиш мумкин эмас;
- д) юрак гликозидлари ва сийдик хайдовчи дорилар берилпб, аҳволи яхшилангандан кейин операция қилиш масаласи хал қилинади.

3. Нима учун беморда хансираш камайган?

МИТРАЛ КЛАПАН ЕТИШМОВЧИЛИГИ

127-масала. 26 ёшли бемор касалликни олдини олиш учун текширилаётганда юрак чўққиси I тонининг сусайганлиги ва ўпка артериясида II тон кучайганлиги врач эътиборини ўзига тортади. Анамнезида илгари ҳеч касал бўлмаган, озрок жисмоний тарбия билан шуғулланган, тўрт йил олдин асоратсиз туккан. Ҳомиладорлик вақтида терапевт-врач беморда митрал қопқоқнинг етишмовчилиги борлигини айтган. Врач беморга тиббий текширувдан ўтиши кераклигини айтади (иложи борица стационарда).

1. Бу беморда митрал клапан етишмовчилигини аниқлаш учун куйида кўрсатилган текширишларнинг қайси бкрини қўллаш керак?

- а) электрокардиография қилиш керак;
- б) фонокардиография қилиш зарур;

- в) кон умумий текширилиши керак;
- г) ққзилўнгачга контраст модда юбориб, юракни рентгеноскопия қилиш зарур;
- д) қондаги «О» антистрептолизин миқдорини аниқлаш лозим.

2. Текшириш ташхис қўйишга ёрдам бермаса нима қилиш керак?

128-масала. Соғломлаштириш пунктига 23 ёшли аёл иш қидганида ҳаво етишмаётганидан шикоят қилиб келган. Анамнезида илгари узини текширтмаган. Икки йил олдин, туққанидан кейин оғир ишга ярамай қолиб, аҳволи сезиларли даражада ёмонлашган. Текшириш вақтида юрак уриши аритмик эканлиги аниқланган. Юрак учида I тон каттик эшитилади, II тондан бир оз кейин протодиастолик шовқин эшитилади. А/Б—115/70 га тенг. Шу жойда беморни тўлиқ текширишнинг иложи йўқ.

1. Беморни ноҳия касалхонасига қандай ташхис билан юбориш керак?

- а) митрал клапан етишмовчилиги;
- б) митрал стеноз;
- в) аорта қопқоқлари етишмовчилиги;
- г) аорта тешиги стенози;
- д) юрак нуқсонлари.

2. Ташхисни аниқлаш учун қандай текшириш усулини қўллаш керак?

129-масала. 37 ёшли бемор кардиология бўлимида даволанмоқда. 25 ёшида митрал клапан етишмовчилиги ва стенози, аорта қопқоқлари етишмовчилиги аниқланган. 35 ёшида ревматизми қайталаниб, кучли хуруж қилган, натижада юракнинг титраши доимий бўлиб қолганлиги учун юрак етишмовчилиги билан узлуксиз даволанишга мажбур бўлиб қолган. Бир йил илгари ўпка майда қон томирлари тромбоз бўлиши ва инфаркти ўпка яллиғланиши бўлган. Белгилари: тик турганда сезиларли даражада хансираш кузатилади, томир уриши минутига 110 маротаба, аритмиклиги аниқланади. А/Б—110/50 га тенг. Жигар қовурғаси остида 8 см ташқарига чиққан, оёқларида шиш бор. Рентгеноскопияда юракнинг ҳамма бўлақлари кенгайганлиги ва ўпкада димланиш белгилари борлиги аниқланади. Бўлмачалар ҳилпиллашини даволаш ҳал қилинмоқда.

1. Қайси фикр тўғри деб ҳисобланади?

- а) ритмни тўғрилаш шарт бўлмай, бўлмача ритмини камайтириш учун дигоксин бериш керак;
- б) дигоксин ва антикоагулянтлар билан даволаб, юрак уришини меъёрига қайтариш керак;
- в) хинидин ёрдамида юрак ритмини яхшилаш зарур;
- г) юрак аритмиясини даволаш учун маълумотлар етарли эмас.

2. Беморни жарроҳлик йўли билан даволашга сиз қандай қарайсиз?

ИНФЕКЦИЯЛИ ЭНДОКАРДИТ

130-масала. 32 ёшли бемор ревматизм билан касалланган, унда митрал клапан етишмовчилиги, стеноз ва аорта қопқоғи етишмовчилиги аниқланган. Ревматизм билан 15 йилдан бери оғрийди. Касаллигининг охириги қайталаниши 27 ёшида бўлган. Касаллик қон айланишининг бузилиши ва инфекцияли эндокардит асоратини қолдирган. Аллергик реакция бўлмаган. Юрак касаллиги билан даволанишга зарурат бўлмаган, лекин ревматизм қайталанишининг олдини олиш мақсадида (ҳар ойда 1,5 млн. ТБ дан бициллин — 5 олган) беш йилдан бери даволаниб келади. Беморга озиқ тишларини олдириб ташлаш тавсия қилинган.

1. Бу беморга инфекцияли эндокардитнинг олдини олиш учун қандай йўл танланса тўғри бўлади?

- а) қўшимча антибиотиклар бериш мумкин эмас;
- б) тишни олиб ташлашдан бир ҳафта олдин ва олиб ташлангандан кейин бир неча кун давомида пенициллин (ёки цефепим билан даволаш керак);

- в) бициллин-5 ни ҳар сафарги дозасини юборгандан кейин келаси куни тишни олиб ташлаш керак;
- г) бициллин-5 дозасини 2 баробар кўп юбориб, келаси куни тишни олиб ташлаш керак;

2. Жавобингизни асослаб беринг.

БЎҒИМ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

131-масала. 22 ёшли беморда касаллик иситманинг 38°C га кўтарилиши, кориндаги оғриқ ва ич кетиш билан бошланган. Бемор левомецетин қабул қилгандан кейин аҳволи яхшиланган, ич кетиши тўхтаб, иситмаси пасайган. Лекин бир неча кундан сўнг яна иситмаси 38°C га кўтарилган, тупик бўғимларида оғриқ ва шиш пайдо бўлиб, сийдик чиқаётганда оғриқ сезган. Анамнезида ўзгаришлар йўқ. Обьектив текширилганда унг кўзнинг шох пардасида кизариш ва шиш борлиги, иккала тизза бўғими шишганлиги ва иккала тўпиқ бўғимида ҳаракатнинг чегараланганлиги аниқланган. Конда нейтрофиллар кўпайган. ЭЧТ — 48 мм/соат. Сийдик анализида лейкоцитлар бир кўриш майдонида 20—25 та, эпителий ва шилимшиқ бор. Уролог кўриб, простата безида ўткир яллиғланиш бор деган. Окулист кўриб, кўз шох пардасида ўткир яллиғланиш борлигини айтади.

1. Қандай ташхис қўйиш ҳал қилинмоқда. Қайси ташхис қўйилса тўғри бўлади?

- а) системаларни зарарлайдиган ревматоидли артрит;
- б) септик артрит;
- в) подаграли артрит;
- г) бўғимларни, ичакни, кўз ва буйрақларни зарарлаган системали кизил волчанка касаллиги;
- д) ичак ва сийдик йўллари инфекцияси таъсирида ҳосил бўлган реактив артрит.

2. Қандай самарали текшириш усулини тавсия қиласиз?

Бундай ҳолларда қандай даволаш усулини қўллайсиз?

132-масала. 32 ёшли бемор аёл тизза ва чанок бўғимларида оғриқ бўлиши, ҳаракат қилганда оғриқнинг кучайиши ва ўнг тизза бўғимида шиш борлигидан шикоят қилади. Бўғимларидаги оғриқ бир неча йилдан бери безовта қилиб, жисмоний зўриқишда ва узокроқ тик туриб қолганда (бемор сотувчи бўлиб ишлайди) бўғимлардаги оғриқ кучаяди. Бемор Цхалтубо санаторийсида физиотерапевтик йўл билан даволанган. Бир неча кун олдин ўнг тизза бўғимида гидрокортизон юборилган. Обьектив текширилганда семиз (вазни — 95 кг, бўйи — 165 см), унг тизза бўғими шишиб, териси таранглашган ва иситмаси кўтарилган. Тизза бўғимларида ҳаракат чегараланган бўлиб, ҳаракат қилганда қирсиллайди. Дистал панжа бўғимлари ораси катталашган (геберден тугунлари бор). Ички аъзоларида касаллик йўқ. ЭЧТ—25 мм/соат. Чанок бўғими рентгенограммаси тавсия қилинади.

1. Қуйидаги ташхисларнинг қайси бири тўғри?

- а) подаграли артрит;
- б) ревматоидли артрит (қайталанган даври);
- в) инфекцион-аллергик артрит;
- г) иккиламчи синовидлар келтириб чиқарган деформацияли артроз;
- д) гидрокортизон таъсирида келиб чиккан реактивли синовит.

2. Бундай вақтда қандай даволаш усулини қўллайсиз?

133-масала. 30 ёшли бемор билак ва тизза бўғимларида оғриқ ва шиш пайдо бўлганлигидан шикоят қилади. Икки ҳафта олдин томоғи оғриб, иситмаси юқори кўтарилган. Ўтган йили қулоғи яллиғланиши натижасида бўғимларида атрит пайдо бўлиб, асоратсиз тузалиб кетган. Текшириб қурилганда билак ва бармоқ бўғимларида шиш бўлиб, ҳаракати чегараланган, системали ўзгариш пайдо бўлмаган, кон анализида: Л—12Х109/л, ЭЧТ—36 мм/соат.

1. Беморга қандай ташхис қўясиз?
2. Қандай даволаш усулини қўллаш керак?
 - а) глюкокортикоидлар бериш керак;
 - б) ностероид яллиғланишга карши дорилар бериб, кейин бўғимлар синдроми кечишинн кузатиш керак;
 - в) делагил бериш лозим;
 - г) қондаги сийдик кислота микдорини аниқлаб, кейин аллопуринал бериш керак;
 - д) пенициллин бериш зарур;

ДОРИЛАР ТАЪСИРИДА БЎЛАДИГАН АСОРАТЛАР

134-масала. 30 ёшли бемор касалхонада ўнг ўпканинг пастки бўлагидаги ўткир пневмококкли пневмониядан даволанмоқда. Қасалликнинг ташхиси клиник ва рентгенологик кўриниши билан тасдиқланган. Қонда нейтрофилли лейкоцитлар— $16 \times 10^9/\text{л}$, таёқча ядролиси—12%, эозинофиллар йўқ. Кунига 3 млн дан пенициллин бериб даволанганда иккинчи куни иситмаси нормага тушиб, аҳволи яхшиланган. Даволашнинг 7-кунида яна иситмаси $38,2^\circ\text{C}$ га кўтарилади. Бемор текшириб кўрилганда деярли ўпка касаллиги белгилари ўзгаргани аниқланмайди (ҳансираш, йўтал, кўкракда оғриқ ва физик ўзгаришлар кучаймаган). Врач инфекцияли жараён бутунлай тугамаган деб пенициллин дозасини кунига 6 млн га оширади ва қон анализи, қайтадан рентген қилишни буюради. Келаси куни ҳам иситмаси пасаймайди. Қон анализиде лейкоцитлар— $10 \times 10^9/\text{л}$, таёқча ядролиси — 5%, эозинофиллар—12%. Рентгенда дастлабки яллиғланиш жараёни сўрилиш даврида.

1. Иситманинг кўтарилишига (қайтадан) нима сабабчи бўлган?
 - а) инфекция пенициллинга чидамли бўлган;
 - б) пенициллинга аллергия реакция бўлган;
 - в) плевра бўшлирига йиринг тўпланган;
 - г) плеврит;
 - д) ўпка абсцесси.

2. Даволовчи врачнинг ишига баҳо беринг.

3. Аниқлаган ташхисингизнинг номини айтиб беринг?

135- масала. 24 ёшли бемор кучли иситма кўтарилганлиги учун участка врачини уйига таклиф қилади. Охирги йилларда ҳеч қандай дори ичмаган ва соглом бўлган. Ёшлигида эмланиб вакцина олганида ангионевротик шиш пайдо бўлиб, бронхлари беркилиб (обструкция) қолган. Шоколад ва биронта мева еганда тошма тошади. Икки ой олдин дам олаётганида чивин чакишидан бошида жуда куп хунук шишлар пайдо булган. Врач беморда ўткир пневмония бор деб, антибиотиклар билан даволашни тавсия қилади.

1. Анамнезини хисобга олиб, қайси бир дорини буюриш мумкин?
 - а) метациклинни кунига 0,15 г дан 2 маҳал бериш керак;
 - б) пенициллинни кунига 5 млн дан хар 4 соатда мускул орасига юбориш учун;
 - в) ампициллиннц 0,5 г дан 6 маҳал ичишга;
 - г) антибиотиклар бериш мумкин эмас.

2. Даволашда анамнезидаги қайси белгига аҳамият бериш керак?

136-масала. 17 ёшли А. илгари ҳеч қандай касаллик билан касалланмаган ва дори ичмаган. Грипп касаллиги эпидемияси бўлганида юқори нафас йўллари касаллиги билан (кучли тумов бўлган, иситмаси $38,3^\circ\text{C}$ гача кўтарилиб, томоғи кичишган ва боши оғриган) касалланган, ўзича даволанган, товонига кварц куйган, кунига 0,25 г дан уч маҳал амидопирин кабул қилган. Даволанишнинг учинчи куни бурнидан оқаётган суюқлик қуюқлашган, иситмаси субфебрил даражагача пасайган. Тўртинчи куни томоғида оғриқ сезади. Эрталаб иситмаси $37,6^\circ\text{C}$ бўлгани учун врачга мурожаат қилади.

1. Ахволнинг ёмонлашишига нима сабабчи бўлган?
 - а) грипни нотўғри даволаш;
 - б) амидопирин дозасининг кўпайганлиги;
 - в) гаптенли (амидопиринли) агрунулоцитоз;
 - г) ахволнинг ёмонлашишига амидопирин сабабчи эмас;
 - д) бор маълумотлар ахволнинг ёмонлашиш сабабини тушунтириб бера олмайди.
2. Врач нима қилиши керак?

ИСИТМАНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

137-масала. 36 ёшли бемор икки ҳафтадан бери иситмаси $38\text{--}39^{\circ}\text{C}$ га кўтарилиб, нормага тушмаётганлигидан, бўшашиши, кечалари кўп терлаётганидан шикоят қилади. 20 ёшида ўпканинг инфилтратли сили борлиги туфайли даволанган. Обьектив текширилганда бўйин ва ўмров усти лимфа безлари катталашган, каттик-эластиклиги аниқланади. Бошқа аъзоларида ўзгариш йўқ. Ўпка рентгенда текширилган. Қон анализи: Hb —120 г/л, L — $13 \times 10^9/\text{л}$, P —8, C —70, Лимф—12; M —10; ЗЧТ—38 мм/соат. Терида туберкулин синамаси мусбат (папуланинг диаметри—1,5 см).

1. Қайси ташхис қўйилса тўғри бўлади?

- а) сурункали лимфолейкоз;
- б) лимфогранулематоз;
- в) сил лимфаденити;
- г) инфекцияли моноклеоз;
- д) саркоидоз.

2. Ташхисни тасдиқловчи текшириш усулини тавсия қилинг.

138-масала. 52 ёшли бемор уч ҳафтадан бери бўшаишидан, белининг ўнг томонида оғрик бўлаётганидан, иситмаси 39°C га кўтарилаётганидан шикоят қилади. Пенициллин билан даволашнинг фойдаси бўлмаган. Анамнезида сийдик-тош касаллиги бўлган. Бир неча йил олдин сийдигида тош бўлган, сийдик анализида ўзгариш топилмаган. Обьектив текширилганда терисининг ранги оқарган, А/Б—140/80 га тенг. Пайпаслаб кўрилганда қовурғанинг ўнг томонида оғрик сезади. Қон анализида камқонлик бор (Hb —85 г/л, формуласи ўзгармаган), ЭЧТ—70 мм/соат. Суяк кўмиги текширилганда плазма хужайралар 10% гача кўпайганлиги аниқланади. Сийдик анализи: солиштирма оғирлиги—1018, эритроцитлар бир кўриш майдонида—12—15 та, лейкоцитлар—1—2 та. Қонда креатинин —0,12 ммол/л,

1. Қайси ташхис қўйилса тўғри бўлади?

- а) сийдик-тош касаллиги натижасида келиб чиққан сурункали пиелонефрит;
- б) сурункали гломерулонефрит;
- в) тугунли артериит;
- г) миелом касаллиги;
- д) гипернефрома.

2. Беморга қандай текшириш усулини қўллаш керак?

139-масала. 28 ёшли бемор иситмаси $39\text{--}40^{\circ}\text{C}$ га кўтарилгани, ўнг қовурғаси остида ва ўнг кўкрагида оғрик борлиги ва у нафас олганда, қайт қилганда, курак йўталганда кучайганлиги учун бемор касалхонага келтирилган. Анамнезида бир неча марта қорнида оғрик бўлган. Шу сабабли жарроҳлик бўлимига ётқизилган. Илгари оғрик даволанмаса ҳам 2—3 кунда ўз-ўзидан йўқолиб кетган. Ўтган йили ошқозон яраси тешилган деб лапаротомия қилинган, лекин ташхис тасдиқланмаган. Беморнинг онаси буйрак касаллигидан ўлган. Беморнинг укасида ҳам қорин оғриғи хуружлари бўлиб туради. Обьектив текширилганда ўнг курак ости соҳасида нафас секинлашган ва плевранинг ишқаланиш шовқини эшитилади. Унг қовурға остида озгина оғрик сезилади. Бошқа аъзоларида ўзгариш топилмаган. Қон анализи: Hb —120 г/л, A —12—10⁹/л, 10—12,

П—12, С— 74, Л—10, М—2, ЭЧТ—35 мм/соат. Сийдик анализи: Солиштира оғирлиги—1012, оксил—1,65%, лейкоцитлар кўриш майдонида — 1—2 та, эритроцитлар — 5— 7 та, цилиндрлар—1—2 та. Турли мутахассислар билан кенгаш ўтказилганда турли касалликлар тўғрисида фикр юритилган.

1. Қуйидаги ташхиснинг қайси бири қўйилса тўғри бўлади?

- а) зотилжам касаллиги плеврит асоратини берган;
- б) системали қизил волчанка корин бўшлиғи ва буйракнинг сероз каватини зарарлаган;
- в) ўткир холецистит;
- г) ўткир ксилонефрит;
- д) наслий касаллик.

2. Қайси текшириш усули ташхисни тасдиқлайди?

МАСАЛАЛАРНИНГ ЖАВОБЛАРИ ВА ТАҲЛИЛИ

ЎТКИР ПНЕВМОНИЯЛАР

1- масалага жавоб. Беморда ўткир стафилококкли пневмония бўлган, у оғир кечиб, ўпка гангренасини (стафилококкли гангренами келтириб чиқарган, яъни асорат колдирган. Стафилококкли пневмония организмнинг маҳаллий химоя кучлари турли сабабларга кура ўта сустлашганда ёки иммунодепрессия ҳолатларида ривожланади (масалан, кексаларда, қандли диабет касаллигида, сурункали алкоголизмда ва ҳоказо).

Касалликнинг рентгенологик кўриниши сил касаллигининг айрим шаклларига ўхшаш булсада, касалликнинг тез пайдо бўлиши, балғамда сил таёқчаларининг бўлмаслиги ва унда стафилококк топилиши кабиларни инобатга олиб, беморда ўпканинг носпецифик касаллиги бор деб ҳулоса қилинди.

Мазкур ҳолда пневмониянинг сабабчиси стафилококк бўлганлиги учун пенциллин микдорини кўпайтириш мақсадга мувофққ эмас. Ампициллин ҳам тавсия этиб бўлмайди, чунки унинг фойдаси бўлмайди. Беморда сил касаллигига гумон қилинганлиги туфайли канамицин бериш ҳам мумкин эмас, чунки бу антибиотикнинг таъсир кучи сил таёқчаларига ҳам, носпецифик микробларга ҳам бир хил бўлади. Бу эса сил касаллиги ва пневмония симптомларини туманлаштиради, уларни бир-биридан тафовут қилишни қийинлаштиради.

Иккинчи томондан, бу дорининг сил касаллигига шифобахш таъсири камида 1—2 ойдан кейин билинади.

Айтилганларни инобатга олиб, беморга цефалоспорин туркумига кирувчи антибиотиклар, аниқроғи кефзол қўлланилса мақсадга мувофиқ бўлади. Бу гуруҳдаги антибиотиклар стафилококк микробларига кучли (ўлдирувчи ва ўсишни тўхтатиб қўювчи) таъсир этади.

2- масалага жавоб. Госпитал пневмонияни даволаш учун кўпинча цефалоспорин қаторидаги антибиотиклар аминогликозидлар билан ҳамкорликда қўлланади. Агар даволашнинг натижаси яхши бўлмаса (дориларнинг фойдаси даволаш бошлангандан 72 соат ўтгачгина аниқланади), беморни парвариш қилишни яхшилаш, дорилар микдорини ошириш ҳамда дори-дармонсиз даволаш усуллари кўшган ҳолда даволаш ишларини давом эттириш лозим.

Мазкур беморда сурункали буйрак етишмовчилиги бор ва шунинг учун ҳам гентамицин билан даволаш тавсия қилинмайди, чунки бу антибиотик буйрак тўқималарига зарарли таъсир кўрсатади.

Цефалоспорин ҳамда аминогликозидларни гентамицин билан бир вақтда қўллаш уларнинг буйрак тўқималарига кўрсатадиган нохуш таъсирини кескин зўрайтириши мумкин. Демак, бу дориларни бир вақтда биргаликда буюриш тавсия этилмайди.

Мавжуд ҳолатда цефалоспорин қаторидаги антибиотикларнинг II гуруҳига эмас (цефокситин, цефмондол ва ҳоказо), балки факат цефалоспориннинг III гуруҳи ҳисобланган антибиотиклар (масалан, цефатоксин) буюриш мақсадга мувофиқдир, чунки цефалоспориннинг II гуруҳи бўлган антибиотиклар госпитал пневмонияни келтириб чиқарувчи омил ҳисобланган яшил таёқчаларга таъсир қилмайди.

Пневмококкли пневмонияда пенициллин дозасини ошириб бориш мақсадга мувофиқ эмас, чунки бу (яъни пенициллин микдорини кескин ошириш) таёқчаларнинг пенициллинга чидамли бўлган шаклини келтириб чиқариши мумкин.

Олететрин ва тетраолеан билан даволашнинг камчилиги шундаки, уларнинг таркибига кирувчи тетрациклин пневмонияни эмперик даволашга кучи етмайди ёки ожизлик қилади; бу—антибиотикларнинг иккинчи таркибий қисми бўлган олеандомициннинг даволовчи микдори ҳам мазкур ҳолда ўта кам; иккала антибиотикда ҳам олеандомициннинг микдори унинг бир марталик дозасидан уч ҳисса кам.

3-масалага жавоб. 1. Купчилик холларда пневмококklar зотилжамнинг асосий этиологик омили бўлиб ҳисобланади. Шу боисдан пенициллин доимо эмперик таъсир этувчи антибиотиклар билан биргаликда иш-латилади. Пенициллин заҳарланиш белгиларини камайтиради ва тана ҳароратини меъёрига келтиради.

Ўткир пневмонияларда антибиотиклар 7—10 кун давомида қўлланилади ва сўнгра уларни бериш тўхтатилади. Агар узок, муддатга асоссиз равишда бу гуруҳдаги дорилар буюриш давом эттирилса, бошқа гуруҳдаги юқумли касаллик келиб чиқиш хавфи туғилиши мумкин. Шунини алоҳида қайд қилиш керакки, ўпкадаги сақланиб қолаётган рентгенологии аломатлар ҳамда пневмонияларга хос бўлган аускультатив белгилар (хўл хириллашлар) пенициллин билан даволашни давом эттиришга ёки уни қайтадан буюришга асос бўлмайди, чунки у фақат бактериоцит (ёки бактериостатик) таъсир кўрсатиб, ўпка тўқимасидаги яллиғланиш жараёнига таъсир этмайди. Бу мақсадда бошқа гуруҳдаги дори-дармонларни (индометацин, вольтарен, физиотерапевтик тадбирлар, иситмани туширувчи дорилар) қўллаш билан даволаш ишларини давом эттириш тўғри бўлади, чунки фақат ана шу гуруҳдаги дориларгина ўпка тўқимасида кечаётган яллиғланишга таъсир этади ва сўрилиш ҳамда тикланиш жараёнларини тезлаштиради.

2. Иситма пасайгандан кейин беморнинг аввалги ҳолатини тиклаш учун нафас гимнастикаси, турли уқалашлардан фойдаланиш (кўкрак қафасини, бутун танани) ҳамда физиотерапия муолажаларини жорий қилиш тавсия қилинади.

4-масалага жавоб. 1. Қандли диабет касаллиги бор беморда пневмококк келтириб чиқармаган (пенициллин фойда бермайди) пневмония бирданига бошланиб, ўткир ўпка абсцесси билан асорат берган (кўланса хидли йирингли балғам ажратиш, қондаги ўзгаришлар) ва у плевра бўшлиғига ёрилиб, йирингли пневмотораксни ҳосил қилган. Перкуссияда зарарланган соҳа устида тимпаник товуш эшитилган. Нафас олиш сусайган, рентгенда текширилганда плевра бўшлиғида ҳаво борлиги аниқланган. Плевра бўшлиғига ташқаридан пункция қилиниб ҳаво туширилмаган. Ҳаво плевра бўшлиғига тешилган абсцесс йўли орқали тушиши мумкин. Йирингли плевра бўшлиғига тешиб кирадиган плевра эмпиемаси ҳосил бўлган.

2. Плевра бўшлиғида йиринг — ҳаво бўлганда уни пункция қилиш йўли билан чиқариб ташланади. Микробларнинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаб, плевра бўшлиғига антибиотиклар билан бирга асептик суюқйик (фурагин) ва протеолитик фермент юборилиб ювилади. Агар йиринг ўпка тўқимасига ёйилиб аввалги ҳолатига қайтмаса, жарроҳлик йўли билан (декортикация, торакопластика) даволанади.

5-масалага жавоб. 1. Сурункали алкоголизмга учраган беморларда кўпинча пневмококкли пневмония бўлганлиги учун у ўпка абсцесси билан асоратланади. Шунинг учун пенициллин билан даволаш фойда бермайди ва касаллик белгиларининг кучайиши (заҳарланиш белгиларининг кучайиши, хидли йирингли балғам ажралиши), кон анализидаги ўзгаришлар (камқонлик нейтрофилли лейкоцитларнинг чапга силжиб кўпайиши), рентген манзарасининг ўзгариши бу касалликни тасдиқлайди. Касалликнинг бирданига бошланиши ва икки ой илгари рентгенда ўзгариш бўлмаганлиги ўпка кистаси ва ўсмаси борлигини тасдиқламайди. Инфилтратли ва диссеминацияли ўпка силига рентген манзараси ўхшамайди.

2. Даволаш учун иложи борица бўшлиқдан кўпроқ йиринг чиқариб ташланиб, асептик дорилар билан санация қилиш ва антибиотиклар юбориш керак. Яна иммуноглобулинларни кўпайтирувчи дорилар (қон зардоби, иммуноглобулинли, Т- фаол дорилар) бериш керак.

6-масалага жавоб. 1. Таҳлил қилинган клиник ташҳис: сурункали йирингли бронхитнинг қайталанмаган даври бўлиб, бронхоэктазлар, ўпка эмфиземаси, диффуз пневмосклероз ва рестриктив турдаги I—II даражали нафас етишмовчилиги бор. Ташҳис асосан анамнезига (кўп вақтлардан бери йирингли балғам ажратгани, вақти-вақти билан касалликнинг қайталаниб туриши), рентген текширишларида катта бўшлиқларнинг бўлиши, ўпка расмининг шакли бузилганлиги ва ташқи функцияси бузилишига қараб

қўйилган.

2. Антисептик суюқлик ва антибиотиклар бериш, бронхларни ювиш ҳозирги вақтда энг зарур даволаш чорасидир. Антибиотиклар касалланган жойга тўғридан-тўғри таъсир қилади ва бронхлар ўтказувчанлигини оширади. Парентерал йўл билан пенициллин ёки кенг доирада таъсир қилувчи антибиотиклар юбориш яхши натижа бермайди, чунки пневмосклероз бор жойлар орқали антибиотикларни касалланган ўпка қисмига кириши кийинлашади. Шунинг учун антибиотиклар парентерал йўл билан юборилмайди. Беморнинг бронхларида спазм бўлмай, балки қуюқ балғам бўлганлиги учун эуфиллин ва бошқа бронхолитиклар юбориш фойдасиз ҳисобланади. Ўпканинг иккала томонида бронхоэктазлар бўлганлиги учун, уни жарроҳлик йўли билан даволаб бўлмайди.

7-масалага жавоб. 1. Бронхоэктазлар ва миёда қон айланишининг бузилиши артериал қон босимининг нормада бўлиши, ҳароратнинг кўтарилиши, лейкомоидли реакция ва заҳарланган доначали нейтрофилларнинг бўлиши беморда сурункали йирингли бронхит ва бронхоэктаз бўлиб, «метастаз» йўли билан миёа абсцессини: ҳосил қилган.

2. Миёда ўсма касаллиги борлигини текширадиган усул эхо-энцефалография усули ҳисобланади. Орқа миёа пункциясида агар йиринг қоринчага тешилиб чиққан бўлса, орқа миёа суюқлигида йиринг бўлади. Суяк кўмиги пункция қилиб текширилганда ҳам периферик лейкомоид реакция ва заҳарланган доначали нейтрофилларнинг бўлиши беморда йирингли жараён кетаётганлигини билдиради. Шунинг учун суяк кўмигини текшириш мақсадга мувофиқ эмас. Ўпкани топография ва бронхография қилиш фойдасиз ҳисобланади, чунки бронхоэктазлар борлиги рентгенда текшириш йўли билан аниқланган.

8- масалага жавоб. 1. Анамнезида бемор икки марта «ўткир пневмония» ва «сурункали пневмониянинг қайталаган даври» ташхиси билан даволанганлиги, рентгенда ўпкада диффуз ўзгариш борлиги, ташқи нафаси текширилганда рестриктив ўзгаришлар борлиги сурункали бронхит ва ўпка эмфиземаси йўқлигини тасдиқлайди. Касаллик бир йил мобайнида давом этаётганлиги учун чўзилиб кечувчи пневмония дейиш мумкин эмас (чўзилиб кечувчи пневмония 8—12 ҳафтагача давом этади). Аускультацияда чегараланган жойларда пневмосклерозлар борлиги ҳамда бронхлар атрофида инфильтратлар бўлиши сурункали пневмония қайталанганлигини билдиради.

2. Сурункали пневмония сурункали бронхитдан шу билан фарқ қиладики, унда чегараланган ўзгаришлар (клиник, рентгенологик, морфологик кўринишда) бўлиб, диффуз обструктив ўзгаришлар бўлмайди ва ўпка гипертонияси камдан-кам ҳолларда учрайди.

БРОНХИАЛ АСТМА

9-масалага жавоб. 1. Беморда ноиммунологик бронхиал астма касаллиги бўлиб, аспиринли астма дейилади. Бу ўзининг уч варианты кўринишига эга бўлиб, улар бронхиал астма, салицилатлар ёқмаслиги ва бурлила қайталаниб турувчи полип борлигидир. Аспиринли астма касаллигининг асосида простагландин системанинг бузилиши ётади. Бунда уларни синтез қилиниши издан чиқиб, бронхларни торайтириш хусусияти кучайиб кетади.

2. Аспиринли бронхиал астмани даволаш учун таркибида салицилатлар бор овқат маҳсулотлари (цитрус мевалар, олхўри, бодринг, томат ва бошқалар) ва ностериод яллиғланишга қарши дори моддаларни бериш мумкин эмас.

10-масалага жавоб. 1. Беморда I даражали астматик ҳолат бўлиб, бу пайтда симпатомиметикларга талаб ошганлиги учун нафас қисиш хуружи тўхтамайди, балғам кўчиши кийинлашади, юрак уриши тезлашади ва артериал қон босими ортади. Нафас қисиш хуружининг бўлиши бронхиал астма касаллигининг оғир асоратларидан бири ҳисобланади. Бундай ҳолат 5% да 23% гача беморда учраши мумкин. Астматик ҳолат асосида бронхлардаги β- адренергик рецепторларнинг тўлиқ блокадаси ётади.

2. Астматик ҳолатни даволашда глюкокортикоид гормонларни қўллаш энг керакли

ва зарур усул ҳисобланади. Уларнинг миқдори астматик ҳолатнинг оғирлигига, беморнинг тана вазнига, дорининг хилига қараб аниқланади. Астматик ҳолатдан чиққандан кейин ҳам 48 соатгача гормон миқдори камайтирилмайди. Икки кундан сўнг бир маромда ушлаб турадиган миқдорга камайтирилади. Симпатомиметиклар ва кучли сенсibiliзацияловчи дориларни (антибиотиклар, ацетилцистеин, витаминлар ва бошқалар) қўллаш мумкин эмас.

11-масалага жавоб. 1. Жисмоний зўриқишдан кейин бўладиган бронхларнинг торайиши ноиммунологик жисмоний зўриқишдаги астма дейилади. Нафас қисиши жисмоний зўриқишдан бир қанча вақт ўтгандан кейин бошланади. Кўпинча нафас қисиши югургандан кейин бошланади. Бу астма бўлган беморларда метеорологик ўзгаришларга, совуқ ва нам ҳавога камдан-кам аллергик реакция бўлади. Жисмоний зўриқишдаги астма хуружи уни келтириб чиқарувчи медиаторларнинг ажралишига боғлиқ.

2. Жисмоний зўриқишдаги астмани аниқлаш учун ташқи нафас функциясини текшириш керак. Яна бронхлар ўтказувчанлигини жисмоний ҳаракат қилдириб туриб текшириш зарур.

ПЛЕВРИТЛАР

12-масалага жавоб. 1. Бемор Г. нинг бўғимларидаги турли хилдаги белгилар (бўғимларнинг шишиши ва оғриши) плеврит, теридаги ўзгаришлар, гемолитик камқонлик (ретикулоцитларнинг кўпайиши,) иситма кўтарилиши ва лейкоцитларнинг кам бўлиши биринчи ўринда «системали кизил волчанка» касаллиги тўғрисида ўйлашга мажбур этади. Касалликнинг аста-секин ривожланиши, майда бўғимлардаги ва теридаги ўзгаришлар, лейкоцитларнинг камайиши, гемолитик камқонлик ревматизмдаги тери ўзгаришларига (тугунли эритемалар бошқачароқ бўлади) ўхшамайди. Сульфациламидларни қабул қилганда эритроцитларда глюкоза — фосфат дегидрогеназа ферментлари етишмаслигидан гемолитик камқонлик келиб чиқади. Бу беморда сийдик қора рангда бўлиб (сийдик билан бирга гемоглобиннинг чиқиши ўткир қон томир гемолизидан учрайди), ўткир буйрак етишмовчилиги бўлиши мумкин эмас, лейкопения эса бўғимлар ва плевра варақалари «асаллигига хос эмас. Клиникаси ва рентгендаги кўриниши ўпка пастки бўлагининг ўткир яллиғланишига ухшамайди.

2. Ташхисни тасдиқлаш учун қонни текшириш (иложи бўлса плевра суюқлигини текшириш керак) ва қонда ЛЕ- хужайралари борлигини ва ОНҚ га қарши антителани аниқлаш керак.

13-масалага жавоб. 1. Бемор Д. да кўпроқ ўпка раки билан плевра карциноматози ёки мезотелиомаси (экссудат кўплиги учун) борга ўхшайди. Бу ташхисни плевра бўшлиғига тез суюқлик йиғилиши ҳам тасдиқлайди. Яна юрак етишмовчилиги (ЭКГ ритми тўғри, бошқа юрак етишмовчилиги белгилари йўқ) ва жигар циррози белгиларининг (кичик жигар белгилари, портал гипертензия, талокнинг катталашиши) бўлмаслиги ташхиснинг тўғрилигини тасдиқлайди. Касалликнинг секин бошланиши, иситма ва заҳарланиш белгиларининг йўқлиги ўпка пастки бўлаги пневмонияси йўқлигини кўрсатади.

2. Ҳансираш ва ҳаво етишмовчилигининг кучайиши плевра пункциясига ҳаётий кўрсатма ҳисобланиб, плевра бўшлиғидаги суюқликни тезлик билан чиқариб ташлаш ва суюқликни атипик ҳужайраларга текширишни тақозо этади.

14-масалага жавоб. 1. Беморда касалликнинг иккинчи ҳафтасида плевра ва перикард бўшлиғида суюқлик йиғилиши, бўғимларида оғриқ бўлиши, қонда эозиофилларнинг кўпайиши «инфарктдан кейинги синдром» (Дресслер синдроми)га хосдир. Бу синдром миокард инфарктининг ўткир босқичи ўтгандан кейин бошланиб, бунда плеврит, перикардит ва пневмония кузатилади. Яна беморда қон туфлаш ва ЭЧТ нинг ортиши кузатилиши мумкин. Бу синдром асосида организмда носпециффик иммунли жараёнлар (организм реакцияси натижасида сероз тўқималарда) ётади. Касалланган юрак

тўқималарига сенсбилизациялашган реакция бўлади.

Дресслер синдромини қайталанган миокард инфарктдан, ўткир пневмония, бактериал эндокардит, Ўпка артерияси тромбоэмболиясидан ажрата билиш керак. Агар ЭКГ да силжиш бўлмаса, рентген кўрсаткичлари, аускультация белгилари, антибиотиклар билан даволанганда фойда бўлмаслиги ва глюкокортикоидлар берганда аҳволнинг яхшиланиши ташхисни тўғри эканлигини тасдиқлайди.

2. Дресслер синдромида глюкокортикоидлар яхши таъсир қилиб, яллиғланиш жараёnlари тезлик билан йўқола бошлайди. Кўпинча глюкокортикоидлар оз миқдорда (15—20 мг дан) ностероид дорилар билан бирга ёки алоҳида берилади.

ЎПКА ИНФИЛЬТРАТЛАРИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

15-масалага жавоб. 1. Илгари касал бўлмаган беморда касалликнинг тез бошланганлиги, ўзига хос белгилар борлиги, рентген текширувида ва қонда ўзгариш йўқлиги ўнг ва чап ўпканинг юқори бўлагиди ўчоқли ўпка яллиғланиши борлигини кўрсатади. Аммо инфильтратли ўпка сили, эозинофилли инфильтрат, периферик ўпка ракини ўпканинг инфильтратли касалликларида дифференциация қилиш керак. Касалликнинг тез бошланиши инфильтратли ўпка силига хос эмас. Эозинофилли инфильтрат асосан гижжа касаллигида, дорилар ва аллергенлар таъсирида ва бронхиал астма касаллигида, аллергик реакция натижасида бўлади, кўпинча қонда эозинофилия кузатилади. Инфильтратлар доимий булмай, силжиб юривчан булади. Ўпканинг периферик раки ўпкадаги яллиғланиш жараёни даволангандан кейин аниқланади. Клиник кўриниши ўпка инфильтратига ўхшамайди.

2. Ўпкада ўчоқли яллиғланиш борлиги учун пенициллин билан даволаш керак. Балғам сил таёкчалари борлигига, ўпка томограмма қилиб текширилса яхши бўлади.

16-масалага жавоб. Талаба Д. нинг ўпкасида аниқ контурли, ўпка илдизи билан туташмаган, юмалоқ коронғилашган жой бўлиши ва клиник белгиларнинг йўқлиги биринчи ўринда ўпка кистаси бор деб уйлашга асос бўлади. Ўпка кистаси бронхларда эмбрионал ривожланиш даврида келиб чиқиб, ўпкада бўшлиқ ҳосил қилади. Бу бўшлиқ деворини эпителиал ҳужайралар қоплаб, улар суюқлик ишлаб чиқаради. Ўпка кистаси йиринглаши натижасида иситма кўтарилади, бемор титраб-қақшайди, қонда ўзгариш бўлади. Киста бронхга очилиб, йиринг чиқиши мумкин. Рентгенологик текширишда ўпкада овал шаклли, горизонталь чизиқ билан ажралиб турувчи, юқори томонида ҳаво ва паст томонида суюқлик бўлган бўшлиқ кўринади.

Ўпка кистаси жарроҳлик йўли билан (ўпканинг бир бўлагини ёки бутун бир бўлагини олиб ташлаш) даволанади. Агар киста белгисиз кечса ёки катталашмаса, операция қилинмайди ва вақти-вақти билан рентген қилиб кузатиб турилади.

17-масалага жавоб. 1. Бемор ўпкасининг ўрта бўлагиди коронғилашган жой борлиги, ўпканинг ҳажми кичрайганлиги ҳамда аускультациядаги ўзгаришлар ўпкада ателектаз борлигини кўрсатади. Ўпканинг ўртасида жойлашган ателектаз анатомик жиҳатдан кичик бўлган бронхларни кисади. Ўпкадаги специфик ва носпецифик яллиғланиш ҳамда ўсма касаллигида лимфа тугунлари катталашади. Шундай қилиб, доимий ёки қайталаниб турувчи ўпканинг ўрта бўлак ателектази «ўрта бўлак синдроми» деб аталади. Бу касалликни сурункали ўпка яллиғланиши, лимфа безлари сили, бронхлар раки ва лимфа безларига таркалган рак касаллигидан фарқлай олиш керак.

2. Беморнинг анамнезида сурункали бронхит, сил касаллиги бўлмаганлиги, у илгари соғлом бўлганлиги ва унда ўрта бўлак синдроми борлиги биринчи навбатда ўпканинг ўрта бўлагиди рак касаллиги борлигини кўрсатади. Бу аниқ ташхис қўйиш учун бронхоскопия ва биопсия қилиш кераклигини тақозо этади.

18-масалага жавоб. 1. Бемор Г. нинг ўпка юқори бўлагиди коронғилашган жойнинг бўлиши, клиник белгиларнинг йўқлиги ва қондаги ўзгаришларга асосланиб биринчи ўринда ўпканинг инфильтратли сили бор дейиш мумкин.

2. Рентген маълумотларига асосан, ўзгариш бўлган жойнинг ўпка илдизи билан туташishi сил касаллиги борлигини кўрсатади.

19- масалага жавоб. Ўпкада юмалоқ қоронғилашган жой борлиги эхинококк касаллигига ўхшайди. Қоронғилашган жойда оҳак ўрнашиб қолиши шу касаллик борлигини тасдиқлайди. Агарда ўпкадаги эхинококк ўлган бўлса касаллик белгилари (иситма, эозинофилия) бўлмайди. Ўпка туберкуломасида оҳаклар ўрнашиши мумкин, паразитсиз (текинхўрларсиз) кисталар бўлганда эса, оҳак ўрнашмайди.

БРОНХЛАР ОБСТРУКЦИЯСИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

20-масалага жавоб. 1. Бемор Г. да кучли йўталдан кейин нафас қисиш хуружи бошланиши, спирограммада жадаллашган нафас чиқариш ҳаётий сифимида «хаво тутқичи» борлиги трахеяда экспиратор стеноз бор дейишга асос бўлади. Анамнезида аллергия белгилари, йўтал, инфекция йўқлиги, бронхиал астма ва астматоидли бронхит касалликлари йўқлигини тасдиқлайди. Ўпкадаги колдик хаво ҳажмининг нормада бўлиши ва хаво етишмаслиги белгилари йўқлиги бирламчи ўпка эмфиземаси йўқлигини билдиради. Рентген текшириш маълумотлари ўпка ракини истисно қилади. Трахеяда экспиратор стенознинг бўлиши трахеянинг мембраноз қисми бўшашганлигидан ва унинг торайиши ёки нафас чиқарганда ёпишиб қолиши туфайлидир. Бундай касаллик асосан тугма ва бир хил касбдаги (мукачкачилар, шиша пуфловчилар) кишиларда бўлади. Яна трахея шиллиқ қаватининг қайталанувчи яллиғланишида ва бронхиал астма касаллигида кўкрак ичидаги босимнинг ортиши натижасида ўпка эмфиземаси келиб чиқиш мумкин.

2. Ўпкани чуқур нафас олдириб туриб ва хавонинг ҳаммасини чиқариб, ўнг томонга қийшайтирган ҳолда рентгенда текшириш керак. Трахея мембраноз қисмининг бўшаши нафас чиқараётганда йўқолиб кетади. Рентгенологик текширишга қўшимча қилиб трахеоскоп (эндоскоп) билан текширилса, трахеянинг орқа деворига жойлашган ва нафас чиқараётганда катталашадиган полипни кўриш мумкин.

21-саволга жавоб. Анамнезида аллергиянинг бўлиши, тетрациклин ичгандан сўнг бронхлар ўтказувчанлигининг қийинлашиши, терига тошма тошиши, қонда эозинофилия бўлиши шиллиқ қаватларда аллергик обструктив яллиғланиш белгиларини ҳосил қилади. Инфекциянинг йўқлиги (иситма йўқлиги), балғам чиқиши, қонда ўзгаришлар бўлмаслиги бронхлар инфекцияли яллиғланмаганлигини ҳамда қуюқ балғам билан тўсилмаганлигини тасдиқлайди. Бронхолитиклар билан ингация қилинганда унинг кенгаймаслиги бронхоспазм (Тифно кўрсаткичи) йўқлигини билдиради.

22-саволга жавоб. 1. Бромгексин (бисольван) балғам кўчирувчи дори ҳисобланиб, шиллиқ ажратишдан ташқари бронхлар эпителийсида гликопротеидларни; синтез қилади. Яна у ҳилпилловчи эпителийларда киприкли хужайраларни пайдо қилади, бронхларнинг реологик хусусиятини оширувчи сурфактант ишлаб чиқаради, бронх безларидан лизоцин чиқишини тезлаштиради. Бромгексин ичган маъҳул, чунки ингациялар қитиқловчи таъсир қилади. Холинолитиклар бронхлардаги суюқликни камайтириб, унинг ёпишқоқлигини оширади ва ажратиш функцияси ёмонлашади, натижада бронх йўллари тўсиб қўяди. Трипсин ва ацетилцистеин ингация қилинганда беморда аллергия чақириши ва бронхлар торайиши мумкин. Кодеин эса йўтал рефлексией тўхтатиб, бронхларни балғамдан тозаланишини қийинлаштиради. Шунинг учун йўталга қарши дорилар катъий кўрсатмага асосан (трахеитда, ўткир бронхитда кучли йўтал бўлганда) берилади.

ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ НАФАС ЕТИШМОВЧИЛИГИ

23-саволга жавоб. 1. Бирданига хаво етишмаслик белгиси доимо «ўткир ҳолат» ҳисобланади, бунда биринчи ўринда астматик ҳолатни (бронхиал ва юрак астмалари), ўпка артерияси тромбоэмболиясини ва спонтан пневмотораксни бир-биридан ажратиш

керак. Ўткир бронхит ёки пневмонияда ҳаво етишмаслиги бирданига кучаймайди. Қўшимча белгиларнинг борлиги: кўкрак кафаси бир томонининг нафасдан орқада қолиши, кутича товуши эшитилиши, нафаснинг секинлашиши (сусайиши) ва рентгенологик текшириш спонтан пневмоторакс борлигини тасдиқлайди. Бундай асоратлар альвеолаларда босим ортиб кетиши натижасида, буллёз эмфиземада плевранинг ёрилиб, унинг бўшлиғига ҳаво киришидан пайдо бўлади (масалан, йўталганда).

2. Агар беморда ҳансираш кучаядиган бўлса, плевра бўшлиғидан ҳаво сўриб ташланади. Иложи бўлса бу ишни шароити яхши бўлган бўлимда ёки жадал ёрдам курсатиладиган хонада бажариш керак.

24-саволга жавоб. 1. Ҳаво етишмаслик белгилари (ҳансираш, кўкариш, гиперкапния) кучли гиперкапния (қонда $CC > 2$ миқдорининг ортиб кетиши) ҳисобланади. Қонда $CC > 2$ миқдорининг кўпайиб кетиши тери ва кўз шиллиқ қаватидаги қон томирларнинг кенгайиб кетишига сабабчи бўлиб, марказий нерв системаси томонидан эйфория бўлишига, кўзғолишга ва вақтни аниқлаш қийинлашишига сабабчи бўлади. Кўпинча делерия, галлюцинация бўлади. Шунинг учун психиатр маслаҳатини олишга тўғри келади. Гипертония натижасида юракнинг ўнг қоринчаси етишмовчилиги бўлмаса ҳам шишлар бўлиши ва меъдада пептик яра ҳосил бўлиш мумкин. Гиперкапниянинг кучайиши натижасида, нафас маркази ишининг сусайишида тери кўкарган бўлишига қарамадан ҳансираш йўқолади. Бемор томонидан шикоятнинг бўлмаслиги ва ҳансираш йўқлиги туфайли, бемор ахволини яхши деб ўйлаш мумкин.

2. Тинчлантирувчи ва наркотик дорилар гиперкапнияни кучайтириб, нафас маркази ишини сусайтиради. Шунинг учун бу дорилар берилмайди. Кислородни рационал равишда бермасликдан ҳам қонда CO_2 газини кўпайиши мумкин, бу ҳолатни 5—10 дақиқа ичида бартараф этиш мумкин. CO_2 газини нафас марказини кўзғатувчи бўлишига қарамадан, бундай ҳолатда нафас марказига сира ҳам таъсир қилмайди, альвеолаларда ҳаво алмашилишини сусайтириб, CO_2 газини кўпайтириб юборади.

25-саволга жавоб. 1. Газнинг нормал диффузияси бўлаётганда рестриктив нафас етишмовчилигининг кучайиши (ўпка эластиклигининг камайиши) ва перфузиялаш қобилиятининг бузилмаганлиги бирламчи ўпка эмфиземаси деб ўйлашга имкон беради. Кўпинча бирламчи ўпка эмфиземаси наел орқали альфа-1-антитрипсин (АТ) етишмовчилигидан келиб чиқади. Ўпка тўқимасидаги протеаза билан антипротеаза орасидаги мувозанат бузилиб, протеаза кўпайиб кетади. Протеаза (эластаза)нинг фаоллиги ошиб, альвеолалараро тўсиқнинг емирилиб йўқ бўлиб кетишига сабаб бўлади. Бунинг асосий клиник белгиларидан бири шуки, «йўтал» бўлмаслигига қарамадан ҳансираш кучаяди. Кўпинча бу оилавий касаллик бўлиши мумкин. Бир қанча беморларда артериал қон босими (ўпка гипертонияси) ортиб кетади. Ҳаво алмашинувининг кучли бўлиши узок вақт қондаги газ таркибини ўзгартирмайди. Шунинг учун беморнинг юзида кўкариш бўлмай кучангандаги каби қизиллик пайдо бўлади. Ўпканинг заҳира кучи камайганда ва нафас маркази шли сусайганда гипоксемия ва гиперкапния бўлади.

2. Бирламчи ўпка эмфиземаси борлигини тасдиқлаш учун қон зардобидagi АТ фаоллигини даволаш давомида текшириш керак. Агарда яллиғланиш кучли бўлса, АТ миқдори кўпаяди.

ЎПКА АРТЕРИЯСИ ТРОМБОЭМБОЛИЯСИ

26-саволга жавоб. 1. Кичик чанокда жойлашган аъзоларнинг яллиғланиши, айниқса эндометрит касаллиги ўпка артерияси тромбоэмболияси асоратини бериши мумкин. Ўпка артерияси тромбоэмболиясининг бошланғич даврида қуйидаги аломатлар бўлиши мумкин: ўткир қон томирлар ёки юрак етишмовчилиги (қоллапс ёки кардиоген шок) кузатилиши мумкин. Оғрикли синдром бўлганда миокард инфарктный эслатади. Церебрал синдром бўлганда бемор ҳушини йўқотади, тирилиш юз беради, хохишсиз сийдик ажралади. Беморда бирданига қоллапс бўлганлиги учун глюкокортикоидларни кўп

микдорда юборишга мажбур бўлинган. Катта қон томирларда ёки ўпка артерияси тромбозмболиясида I—III стандарт узатмаларда ЭКГ да «Q» тиши манфий бўлади, I— II узатмада эса «S» тиши пайдо бўлиши мумкин. ЭКГ даги ўзгаришлар ўткинчи бўлиб, касалликнинг дастлабки соатларида текшириш керак.

2. Ўпка артерияси тромбозмболияси борлиги сабабли беморни зудлик билан реанимация бўлимига ўтказиш зарур. Агар иложи бўлса, ўпка артериясини рентгенография қилиш керак. Қон томирда тўсилган жой аниқлангач бир соат ичида эмбол жарроҳлик йўли билан олиб ташланса мақсадга мувофиқ бўлади. Агар унинг иложи бўлмаса, тромбни эритувчи дорилар (стрептокиназа)ни қон томирга томчилаб юбориш зарур ёки ўпка артериясига катетр орқали юбориш керак.

27- масалага жавоб. 1. Беморнинг бирданига ҳушини йўқотиши, кучли ҳансираш пайдо бўлиши, ЭКГ даги ўзгаришлар (I—III узатмада Q тишининг пайдо бўлиши) ўпка артерияси тромбозмболияси борлигини кўрсатади. Эмбол оёқ қон томирларидан (операциядан кейин) келган деб ҳисобланади. Ҳушни йўқотиш ҳам тромбозмболия билан боғлиқ бўлган.

2. Бу касалликни жарроҳлик йўли билан даволашнинг иложи бўлмаса зудлик билан стрептокиназани венасига томчилаб юбориш керак ёки бевосита катетр орқали ўпка артериясига юборилади. Даволаш чоралари канча эрта бошланса, шунча фойдали булади.

28-масалага жавоб. 1. Касаллик ўткир бошланиб, бемор қон туфласа ва анамнезидаги (кичик чанок бўшлиғи аъзолари операция қилинган бўлса) маълумотларга асосланиб ўпка артерияси тромбозмболияси натижасида келиб чиққан инфаркти яллиғланиш бор деб (клиник ва рентген маълумотларига асосан) ўйлаймиз.

2. Беморга тромбни эритувчи дорилар (гепарин), антиагрегантлар (ацетилсалицил кислота, курантил, трентал), янги қон зардоби юборилса, ўпкадаги майда қон томирларда қон айланиши яхшиланади. Гепарин юбориш билан қонда антитромбин III етишмовчилиги тўлдирилади. Ўпкада яллиғланиш борлиги учун антибиотиклар тайинланади.

ЎПКА-ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ

29-масалага жавоб. 1. Бу беморда ўпка касаллиги оқибатида келиб чиққан юракнинг декомпенсацияли етишмовчилиги бор. Беморда яна сурункали бронхит, сурункали ўпка етишмовчилиги ва эритермия маълум. Ўпка-юрак етишмовчилигини даволаш декомпенсация даврида айниқса қийин бўлади. Юрак гликозидларини оз микдори ҳам заҳарловчи таъсир кўрсатади, сийдик ҳайдовчи дорилар гематокрит кўрсаткични оширади. Бу эса майда қон томирларда қон айланилишини қийинлаштиради. Ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари, айниқса ўпка-юрак етишмовчилигининг охирги босқичларида эритроцитлар кўпайиб, ўпканинг майда қон томирларида қон айланиши қийинлашади ва бу уз навбатида даволашни қийинлаштиради.

2. Эритроцитларнинг кўпайиб кетиши даволашга рефлексор таъсир қилади, шунинг учун бемордан 300— 400 мл қон чиқариб ташлаб, реополиглукин куйилса, қоннинг реологик қобиляти ортади.

30-масалага жавоб. 1. Стенокардияга қарши берилган В- блокаторлар сурункали бронхити бор беморнинг бронхлари тусилиб қолишини (қийин ажралувчи балғам, қуруқ хириллашлар) ва ҳансирашни кучайтиради. Бу касалликда бронхларнинг тўсилишига бронхоспазм сабабчидир.

2. Бронхларнинг тусилиб қолишини аниқлаш учун ташки нафас функцияси (ФВД)ни ўрганиш керак. Нафас ҳажми ва унинг тезлиги ўлчаш ёрдамида бронхларнинг ўтказувчанлик қобиляти аниқланади. Бу «ҳаво ҳажми» ёрдамида бронх қисмларидаги ўтказувчанликни дифференциация қилишга ёрдам беради.

31-масалага жавоб. 1. Бемор Р. нинг анамнези, касаллигининг клиник кўриниши, ЭКГ, рентген текшириш маълумотлари, ундаги ўпка-юрак етишмовчилиги, сурункали II

даражали нафас етишмовчилигига сурункали бронхит, ўпка эмфиземаси, семизлик (Пиквик синдроми) ва иккиламчи эритроцитларнинг купайиши сабаб бўлганлигини тасдиқлайди.

Аускультацияда узгаришларнинг булмаслиги, юракнинг икки тавакали қопқонда нуқсон йўқлиги, ЭҚГ даги ўзгаришлар, аритмия йўқлиги атеросклерозли кардиосклерозни истисно қилади.

2. Беморни дазолаш учун ундаги бронхлар ўтказувчанлигини яхшилаш (балғам кўчирувчи, брскхларни кенгайтирувчи), майда қон томирларда қон айланиши ва қоннинг реологик хусусиятини (қон чқариб ташлаш, реополпглюкин, трентал, гепарин юбориш) ошириш, семизликни камайтириш (кўкрак қафасини уқалаш (массаж қилиш), ишкорлар ва бронхларни кенгайтирувчи дорилар билан ингальяция қилиш), дорисиз даволаш усуллари қўллаш керак.

ЎПКАНИНГ ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

32-масалага жавоб. 1. Тўсатдан бўладиган аллергия реакция белгиларининг бўлиши анамнезида (тошма тошиши, вазомотор ринит) бронхларнинг қисилиши ва эозинофилларнинг кўпайиши сурункали астматик бронхитга ўхшаса, нафас қисил хуружининг бўлиши бронхиал астма касалига ўхшайди. Айниқса клиник-рентгекнологик текширишлардаги инфильтратнинг уч кун ичида йўқолиши (учувчи инфильтрат) ва қондаги эозинофилли инфильтратнинг камайиб кетиши қизиқарли ҳолдир. Бунда эозинофиллар қондан ўпка тўқимасига ўтиб, инфильтратни ҳосил қилади. Булар ўпка аллергиялари гуруҳига кириб, бирданига пайдо бўладиган аллергия туридир. Яна бунинг шундай хусусияти борки, инфильтратлар ўпканинг маълум бир жойида тезда пайдо бўлиб, тезда йўқолади.

2. Касалликнинг ўткир ҳолатини тўхтатиш учун глюкокортикоидлардан 30—40 мг дан, қисқа курс билан тезликда бериш керак. Агарда аллергия реакция қайталанадиган бўлса, «айбдор» аллергияни топиш учун гемабсорбция, имунсорбция ва плазморефрез қилиш керак. Семиз хужайралар мембранасини мустаҳкамлаш учун ва аллергиянинг олдини олиш учун ҳар хил дорилар (иктал, задитен) берилади.

33-масалага жавоб. 1. Медиастинал лимфа тугунларининг катталашгани, клиник белгиларнинг бўлмаслиги саркоидоз касаллигини эслатади ва у кўкс оралиғи флюорографиясида аниқланади. Бу касалликнинг ўзига хос белгиси шундан иборатки, ўпка бронхлари, лимфа безлари симметрик равишда катталашиб, кейинчалик фиброзли альвеолитни келтириб чиқаради ва нафас етишмовчилигига олиб келади. Саркоидоз касаллигида ўпкадан ташқари аъзолардаги лимфа безлари (периферик лимфа безлари, терида, бўғимларда, жигарда) катталашиши мумкин. Саркоидознинг морфологик субстрати гранулома ҳисобланиб, лимфа ва эпителиоид хужайралардан иборат бўлади. Касалликнинг асосий белгиси хужайра имунитетининг камайишидир.

2. Сурункали носпецифик ўпка касалликларида ўпка ва бронх чайиндисиди фиброз келтириб чиқарувчи альвеолитдаги суюқликдагига нисбатан лимфоцитлар кўп бўлади. Фиброз келтириб чиқарувчи альвеолитда ва носпецифик ўпка касалликларида альвеола макрофаглари ва нейтрофиллар кўп бўлади. Саркоидоз касаллигида Т- хужайра имунитетларининг камайиши яъни туберкулин синамаси манфий бўлиши саркоидоз касаллиги ташхисининг мезони бўлади.

34-масалага жавоб. 1. Касалликнинг клиник манзарасидаги ўзгаришлар, кучайиб боровчи нафас етишмовчилиги, юракда касаллик бўлмаслиги ва анамнезида ўпка касаллиги борлиги бирламчи (идеопатик) фиброз қолдирадиган альвеолитга ўхшайди. Бу касалликда альвеолаларда нобактериал яллиғланиш бўлиб, альвеолалараро деворда қўшувчи тўқима ўсиб қалинлашади. Натижада альвеола қон томирлари беркшиб қолади, ўпкада газларнинг диффузия жараёни пасаяди ва гипоксемия (ҳаво етишмовчилиги) рўй

беради. Объектив белгиларидан энг аввало ғичирлаганга ўхшаш хириллашлар эшитилади. Бошқа белгилар (иситманинг кўтарилиши, озиб кетиш, кўкариш ва ҳ.к.) касаллик оғирлашганини кўрсатади.

2. Идиопатик фиброзли альвеолитнинг асосий белгилари куйидагилардан иборат: фиброз тўқималар ҳосил бўлишидан рестриктив нафас бузилади, нафас жараёнидаги ўпканинг кенгайиш қобилияти камаяди. Ўпкада газларнинг диффузияланиш қобилияти пасайишидан қонда кислород миқдори камайиб (гипоксемия) кетади. Бу касалликда бронхлар ўтказувчанлиги ва карбонат ангидрид газы ҳосил бўлиши бузилмаган бўлади.

КЎКРАК ҚАФАСИДАГИ ОҒРИҚНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

35-масалага жавоб. 1. Бачадони олиб ташланган бемор Д. да стенокардия ва юрак етишмовчилигининг клиник курилиши йуклиги, ЭКГ да ўнг кўкрак узатмасида «Т» тишнинг паст бўлиши вегетодизовариал миокардиодистрофия касаллиги борлигини кўрсатади. Бадани қизиши, ҳаво етишмаслиги (юрак етишмовчилиги йўклиги) бу касалликда кузатилиши мумкин. Обзидан ёки калий билан синама ўтказиш мумкин. Бунини текшириш учун 40 мг обзидан берилади. Обзидан беришдан олдин ва бергандан кейин ЭКГ қилинади. Агар вегето-дизовариал миокардиодистрофияси бўлса «Т» тишча нормага қайтади ва синама ижобий дейилади.

36-масалага жавоб. 1. Ўпка тромбоземболия касаллигида бирданига кучли оғриқ пайдо бўлади, юрак уриши тезлашади, кўкаради ва артериал қон босими (камдан-кам белги) пасайиб кетади. Кичик чанок бўшлиғи аъзолари операция қилинган беморда юқоридаги белгиларнинг пайдо бўлиши, тромбоземболия касаллигини эслатади. ЭКГ да I—II стандарт узатмаларида чуқур «S» тиши ва «Q» тишининг пайдо бўлиши ўпка артерияси тромбоземболиясига ҳосил. Кўпинча юқоридаги ЭКГ ўзгаришлари юрак чап қоринча миокард инфарктида бўлиши мумкин. Шунинг учун уларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш керак. Кўчувчи аорта пневризмаси кўпинча артериал қон босими юқори бўлган беморларда учрайди. Аускультация маълумотлари (иккала ўпкада нафас шовқинларининг борлиги) пневмоторакснинг истисно қилади.

2. Беморни жадал ёрдам кўрсатиш ёки реанимация бўлимига кўчириш керак. Беморни даволаш учун венасига қон ивишини камайтирувчи (стрептокиназа, стрептодеказа), гепарин, антиагрегантлар ва ўпка артерияси босимини пасайтирадиган дорилар бериш керак. Бошқа мутахассислар билан маслаҳатлашганда фибринни эритувчи дориларни ўпка артериясига юбориш ёки жарроҳлик йўли билан даволаш чоралари ҳал қилинади.

37-масалага жавоб. 1. Бемор Р. да қовурғаларнинг тўш суягига бириккан жойида бўғимларни анкилозловчи спондилоартритлар (Бехтерев касаллиги)нинг бўлиши стенокардияни эслатади. Бу касалликда стенокардияга ҳос белгилар йўқ. Стенокардия кўпинча юрак касаллигида, камроқ аорта қопқоқлари етишмовчилигида ҳамда Бехтерев касаллигининг висцерал шаклида учрайди. ЭКГ маълумотлари перикардитда Бехтерев касаллигини тасдиқламайди. Ностероид яллиғланишга қарши дориларнинг глюкокортикоидлардан фарқи шуки, улар юракка оғриқ бермайди.

2. Касалликни тасдиқлаш учун қовурғаларнинг тўш суягига бириккан жойини рентгенда текшириш ва лаборатория натижаларини синчиклаб кўриб чиқиш керак.

Кўпинча касаллик қайталанган пайтида оғриқ бўлиши мумкин. Юрак касаллигини бутунлай истисно қилиш учун динамикада ЭКГ текширишларини қайтариб туриш керак:

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ

38-масалага жавоб. 1. Беморда артериал қон босимининг кўтарилиб туриши ва шикоятларини назарда тутиб, умумий даволаш чоралари билан бирга дорилар тайинлаш керак. Бемор юрагининг секин уриши дорилар билан даволанишига боғлиқ эмас.

Симпатикотоник белгилар бўлмаганлиги учун симпатиколитиклар бериш мумкин эмас. Даволашни салуретиклар билан бошлаш керак. Юмшоқ таъсир қилувчи ва калий сақловчи триампурни доимий қабул қилиш мумкин.

2. Беморда аниқланган артериал қон босими юқори бўлмаганлиги учун умумий даволаш чоралари билан биргаликда ош тузи миқдорини, жисмоний зўриқишларни чеклаш ва кўпроқ дам олишни буюриш керак. Триампурни наҳорга бир таблетка бериб унинг фойдасини ва ёқиш-ёқмаслигини синаб кўриш керак. Агар бу даволаш чораларидан етарли фойда бўлмаса, қон босими пасаймаса, у ҳолда оз миқдорда симпатиколитиклар беришни кўриб чиқиш керак. Масалан, клофелин (сийдик ҳайдовчи дорилар симпатик нерв таранглигини ошириши мумкин), кейинчалик беморни умумий (дорисиз) йўл билан даволаш керак. Агар керак бўлса, гипотензив дориларни бир хилда ушлаб турувчи миқдорида қабул қилиб юриш керак. Даволашни касалхонада бошлаб, амбулаторияда тугатиш мумкин. Бемор қон босими меъёрига тушгунча «ишга яроқсизлик варакасида» бўлиши керак.

39-масалага жавоб. 1. Юқоридаги маълумотларга кўра беморнинг аҳволи қониқарли ва иш қобилияти сақланиб қолганлигига қарамасдан, қатъият билан артериал қон босимини пасайтирувчи дориларни беришни бошлаш керак. Даволанишдан бош тортиш касаллик асоратларининг келиб чиқиши ва ишемик касалликнинг кучайиши эҳтимолини оширади. Чекиш ва унинг семизликка мойиллиги атеросклероз касаллиги келиб чиқишига сабабчи бўлади. Шунинг учун даволовчи врач ўз олдида масъулиятни сезган ҳолда беморга таъсир ўтказиб уни тузалишга ишонтириши, зарур бўлса яқин Чариндошлари орқали таъсир қилиши керак.

2. Аввало беморни кун тартибига ва пархез сақлашига эришиш керак. Тузли ва юқори калорияли овқатларни кам истеъмол қилиш, спиртли ичимлик ичиш ва чекнишни чеклаш зарур. У руҳий ва жисмоний дам олиши керак. Допегит (клофелинга нисбатан яхши фонда бериши мумкин) ва триампур миқдорини танлаган ҳолда аста-секин пасайтириб бериш лозим. Бизнинг олдимизда тартибсиз равишда даволанган бемор бўлганлиги учун, унинг даволанишини тартибга солсак тезда фонда беради. Кўп йиллардан бери артериал қон босими қатъий бўлганлиги учун қон босимини кун давомида секин-аста пасайтириш керак.

40-масалага жавоб. 1. Беморда оғир гипертония касаллиги бўлганлиги учун клофелин ва салуретикларнинг катта миқдоридан қолишмайдиган изобаринни бериш тўғри ҳисобланади. Бу дорининг ижобий томони шуки, у узоқ таъсир қилади. Юқори миқдори орасидаги вақт 1—2 ҳафта бўлиши керак. Бу дорини бериш оралигини камайтириш бошланғич миқдори тўғри бўлишига қарамасдан дори миқдори (дозаси) купайиб кетишига сабаб бўлади. Шунинг учун кунлик миқдор (юқори, узоқ таъсир қилувчи) бир марта эрталаб берилади. Дори кечаси берилса ортостатик гипотониянинг (бундай ҳолат кўпинча кечаси кузатилади) келиб чиқиш эҳтимоли ошиши мумкин. Изобаринни бошқа симпатолитиклар билан биргаликда, миқдорини танлаган ҳолда берилса яхши бўлади.

2. Юзага келган асоратлардан ҳоли бўлиш учун бир ҳафта вақт керак бўлади. Бунда изобарин бериш тўхтатилади. Бемор ўрнидан тураётганида жуда эҳтиёт бўлиши керак, айниқса кечаси турганида аввал оёқларини пастга тушириб, бирпас ўтириб, кейин ўрнидан секин туриши керак. Агарда ортостатик ҳоллар унчалик кучли бўлмаса, гипотензив дори берилганда бемор кундузи ўтириши (агарда ўтирганда боши айланмаса) мақсадга мувофиқ бўлади. Бундай вақтларда солуретиклар (айниқса фуросемид) бериш мумкин эмас, чунки улар изобарин билан бирга берилганда ортостатик ҳолларни келтириб чиқариши мумкин. Ортостатизм бутунлай йўқолгандан кейин яна изобарин билан даволашга ўриниб кўрилади, аммо унинг миқдорини тўғри танлаш керак.

СИМПТОМАТИК АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ

41-масалага жавоб. 1. Ёш йигитда артериал гипертония ва юрак соҳасида систолик шовкин бўлиши аорта коарктацияси борлигига гумон туғдиради. Рентгенологик текширишда аниқланган қовурғалар пастки чеккасидаги эгри чизикнинг бўлиши бевосита аорта коарктациясига хосдир. Бу чизик асосан қон томир коллатераллари ҳосил бўлганлигини кўрсатади. Бу белги асосан касаллик бошлангандан 10—12 йил кейингина рентгенда кўринади. Рентген текширишларида аорта коарктациясининг асосий белгиларидан бири, аортанинг торайган жойи кўринмайди.

2. Ташхис қўйишнинг энг оддий усулларида бири бу оёқда пульсни аниқлашдир. Оёқда пульсининг паст уриши ёки унинг аниқланмаслиги, сон артериясида қон босимининг паст бўлиши (нормада оёқдаги қон босими билакдагига қараганда баландроқ бўлади) аорта коарктациясига хос белгилардир. Ёшларда артериал гипертония касаллиги аниқланганда, албатта оёқда ҳам қон босимини ўлчаш керак.

3. Ташхисни аниқ қўйиш учун аортография қилиш муҳим аҳамиятга эга бўлиб, бу аортадаги тугма ва боиша ўзгарган жойларни кўрсатади, у яна операциядан олдинги тайёргарлик деб ҳам ҳисобланади.

42-масалага жавоб. 1. Феохромоцитома кўпинча белгисиз ёки гипертония касаллигига ўхшаб ёки адреналин кризига ўхшаб бир неча минутдан икки соатгача давом этиши мумкин (бу вариантда ўсмадан кўп микдорда адреналин ишланиб чиқади). Юқоридаги беморда артерия босими ва адреналин кризининг бўлишн феохромоцитома борлигини кўрсатади. Қорин пайпасланганда (ўсма массаж қилинганда) артериал босимнинг кўтарилиши феохромоцитоманинг ҳақиқий белгиси ҳисобланади. Умумий модда алмашинувининг ортиши тиреотоксикозга, бемор вазнининг ортиши эса феохромоцитоматга ўхшаб кетади. Кўпинча бу касалликда хо-лелитиаз булиши кузатилади.

2. Бу ташхисни тасдикуташ учун сийдикдаги катехоламин ва ванилинаминни, бодом кислота микдорини артериал босим юқори кутарилганда аниқлаш керак. Усманинг бир ёки икки томонлама эканлигини ва буйрак усти безидан ташқарида жойлашганлигини билиш учун артернография қилинса, 80% ҳолда тўғри аниқлаб беради, агар томография, ультратовушли ва радиоизотопли сканнрланса, ҳатто катталиги 1 см бўлган ўсмани ҳам аниқласа бўлади. Яна бу текширишлар буйрак усти безини бевосита бўлмаган ўзгаришларини ва буйракни жойидан жилиб қолганлигини ҳам аниқлаб беради. Бу усуллар ўсма касаллигини суякка, жигарга ва башқа аъзоларга метастаз берганлигини аниқлашга ҳам ёрдам беради. Феохромоцитоманинг 10% и хавфли ўсмаларнинг метастазидан ҳосил бўлади (гистологик текширишларда хавфли ёки ҳазфсиз феохромоцитома эканлигини ажратиб булмайди).

43-масалага жавоб. 1. Катта ёшдаги беморда артериал қон босимининг бўлиши ва шишларнинг бўлмаслиги бирламчи альдостеронизм борлигига шубҳа туғдиради. Иккиламчи альдостероннинг кўпайишидан эса шишларнинг йуқлиги билан фарқ қилади. Экстрасистолиянинг бўлиши бемор организмда калий етишмаслигидан келиб чиқиб, бу ҳолат альдостероннинг купайишига хосдир.

2. Энг аввало қон зардобиддаги калий микдорини аниқлаш керак. Бир-икки ҳафта ичида солуретиклар бериш тўхтатилиб, кейин текширилади. Агар организмда калий микдори камлиги аниқланса, беморни махсус усул билан текшириб қон зардобиддаги рениннинг фаодлиги ва альдостерон микдори аниқланади.

Бирламчи альдостеронизмда ренин активлиги салуретиклар бўлса ҳам кам бўлади (иккиламчисида кўп. бўлади). Альдостерон микдори туз бериб зўриқтирилса ҳам кўп бўлади. Жарроҳлик йули билан операция қилиниб бемордаги альдостероннинг бирламчи купайишини аниқласа булади. Буни билиш учун буйрак усти безини трансфемориал йул билан катетеризация қилиб, ҳар бир буйрак усти безидан келаётган вена қонидаги альдостерон микдорини аниқлаш керак. Агар альдостеронни аденома куп ишлаб чиқараётган булса, касал буйрак усти беи томонидан келаётган вена қонида альдостерон микдори 2—3 марта куплиги аниқланади. Агар буйрак усти безининг юқориги қисми

иккала томонда катталашган булса, уларнинг веналаридаги альдостерон миқдори бир хил бўлиб, бир-биридан фарқ қилмайди.

Аденомаси бор беморлар жарроҳлик йули билан даволанади. Бези катталашган беморлар эса керакли миқдорда верошпирон олишлари керак. Бемор махсус текшириладиган ва жарроҳлик йули билан даволайдиган касалхонага юборилиши керак.

МИОКАРД ИНФАРКТИ

44-масалага жавоб. 1. Қоринчалар комплекси кенгайган ва шакли узгарган булиб, маромининг тўғри. бўлиши қоринча тахикардияси борлигини билдиради.

Цикл ҳар хил бўлиб, QRST унча ўзгармаган, ритмнинг нотўғрилиги ва шаклининг ўзгармаганлиги (тартибсиз Р тишчаларнинг бўлиши) қоринча тахикардиясига хос бўлиб, у қоринча усти тахикардиясидан гис тутами оёқчаларида блокада борлиги билан ажралиб туради.

2. Тасвирланган клиник кўриниш ўткир миокард инфарктига хос булиб, барқарор бўлмаган стенокардия натижасида келиб чиққан. Ўткир даврдаги қоринчалар пароксизмал тахикардиясининг тез тухташига қарамасдан яхшилик билан тугамайдиган оқибатга олиб келади.

3. Врач беморни тезлик билан касалхонага жўнатиш учун (жадал ёрдам курсатиш булимига) махсус дефибриллятор билан жихозланган тез ёрдам кўрсатувчи бригадани чақириши керак. Беморни касалхонага жўнатишдан аввал венасига 100 мг лидокаинни секинлик билан юбориш керак.

45-масалага жавоб. 1. ЭКГ даги ҳар хил катталиқдаги тартибсиз тўлқинлар қоринчалар ҳилпиллашига хосдир. Катта тўлқинли ҳилпиллаш (тулқинлар 0,5 МВ дан баландроқ) яхшилик белгилари булиб, электр импульсли даволанишда кўпроқ маромнинг тикланишига имкон яратади.

2. Беморда қоринчалар ҳилпиллаши борлиги учун (ўткир миокард инфарктида) у улим олди ҳолатида булади.

3. Дархол 400 Вт ли электр импульси билан даволашни бошлаш керак. Блокдаги дефибриллятор доимо ишчи ҳолатида бўлиши керак. Дазолаш муолажасини бошлаш учун бир неча секунддан ортиқ вақт талаб қилинадиган бўлса, дархол юракни ташқи массаж қилиб, ўпкани сунъий вентиляция қилиш керак.

Агар электр импульси билан даволаш яхши натижа бермаса, юракни ташқи массаж қилиб ўпканинг сунъий вентляциясини давом эттириш керак. Венага 200 мг дан лидокаин юборилади ва яна электр импульс билан даволаш давом эттирилади. Агар маннитол экранида пульс пайдо булиб мароми тикланса, у ҳолда лидокаинни венага томчилаб юбориш керак, чунки юрак мушаклари электр импульсига барқарор бўлмайди ва қайтадан қоринчалар ҳилпиллашининг олди олинади.

46-масалага жавоб. 1. Гипотония — юрак чап қоринчасини қонга тулиши ва артериал қон босими нормада булиши (ҳамда марказий вена босимини) ҳисобга олинса, бу юрак чап қоринчасининг қисқариш қобиляти пасайиши натижасида булмай, гиповолемия натижасида пайдо бўлганлигини билиш мумкин. Ўткир миокардитда бундай гипотония вариантнинг бўлиши кам учрайди (10% га яқин), у кардиоген шокка нисбатан осон даволаниши мумкин. Бундай пайтларда реополиглюкин юбориш билан гипотония бартараф қилинади.

2. Чап қоринчанинг қон билан тўлганлигининг асосий кўрсаткичи, унда босим бўлишидир. Бу кўрсаткич доимо бир хил бўлиши керак. Унинг 18—20 мм симоб устунига кўтарилиши ўткир миокард инфарктида чап қоринчанинг сусайганлигини ва нисбий гипергидратация бўлганлигини кўрсатади ва кўпинча кучли ҳаво етишмаслик билан кечади. Бундай пайтларда реополиглюкин юборишни тўхтатиш керак. Марказий вена қон томири босимининг (бўйин вена қон томирларининг шишиб чиқиш) кўтарилиши тортишишга асос бўлмаган кўрсаткич ҳисобланиб, ўткир миокард инфарктида иккинчи

даражали кўрсаткич ҳисобланади ва у ўнг қоринчани кейинчалик қучсизланиши натижасида вужудга келади.

ЮРАК РИТМИ БУЗИЛИШИНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯСИ ВА УНИ ДАВОЛАШ

47-масалага жавоб. 1. Қўпчилик комплексларида PQ—0.18 с. QRS—ОД с, юрак қисқаришлари сони минутига 85 марта. Синус ритмида 5 марта навбатдан ташқари қисқариш (экстрасистолия) кузатилади. Унда тўлиқ бўлмаган компенсатор пауза бўлиб, бу қоринча экстрасистолиясига ҳосдир. Г—экстрасистолияда Р тиш борлиги учун бу бўлмачаникидир. Т — тиш экстрасистолия олдида бўлиб (АБВД) QRS катталашган (айрим синусли циклларга қараганда юқори). Бундай ҳолатлар Р тишчани экстрасистолия комплексига қўшилиб кетишидан бўлади. Шундай қилиб, бу экстрасистолиялар бўлмачаники ҳисобланади. Бемордаги экстрасистолияда тишларнинг кўринарли даражада ўзгариши Гис тутами ўнг оёқчасидаги ўтказувчанликни кўрсатади (бошланишида QRS синусли циклдагидек бўлиб, охирида озгина ўзгарган ва кеиғайган) ЛБундай вақтинчалик «функционал» тўлиқсиз ёки тўлиқ ўнг оёқ блокадаси қоринча усти экстрасистолиясига ҳосдир. Шундай қилиб, бу 5 та экстрасистолия бўлмачаникидир. Экстрасистолия олди интервалининг озгина ўзгариши бўлмачанинг ҳар хил жойларида эктоник ўчоқлар борлигини кўрсатади.

2. Бу беморда кўпроқ бўлмача экстрасистолиясининг бўлиши юракнинг анча жойи касалланганлигини кўрсатиши билан бирга, бўлмачада хилпиллаш эҳтимоли борлигини ҳам кўрсатади. Қоринча ритмининг тезлашиши (олдинги ритми минутига 60 та бўлганлигини ҳисобга олиб) қон айланишини ёмонлаштиради.

3. Бу экстрасистолиянинг клиник оқибати ёмон бўлишини ҳисобга олиб, бўлмачадаги эктопик қўзғалувчан ўчоқларни йўқотиш учун верапамил (оз миқдорда, 40 мг дан 3 маҳал бериш керак, чунки синус ритми унча тез эмас) бериш керак. Беморда юрак етишмовчилиги бўлгашши учун узоқ вақт антиаритмик дорилар берилади. Кейинчалик даволашни давом эттиришда салбий таъсир қиладиган дориларни беришдан эҳтиёт бўлиш керак.

48-масалага жавоб. 1. PQ—0.11, QRS — 0.13 с. юрак қисқаришлари сони минутига 75 марта. Бунда маром синусли. Қуйидаги ўзгаришларга қарашимиз керак: PQ қисқарган, QRS — кенгайган, v-да QRS — дельта тўлқинлари бор. Бундай ўзгаришлар қўзғалишнинг қучайиш синдромига (Вольф — Паркинсон — Уайт синдромига) ўхшайди. Бу синдромда ST—Т (I, V5-е ва QS (II, III ва AVF) да ўзгариш бўлиб, қўшимча тушунтиришга ҳожат бўлмайди. Бундай синдром ҳар қандай юрак етишмовчилиги билан бир вақтда бўлиши ҳам мумкин. Қучли қўзғалиш синдроми бор беморларнинг ярмида пароксизмал (қоринча усти) тахикардия бўлиши мумкин.

2. Бундай синдром бўлганда ҳеч қачон даволанмайди. Тахикардия хуружи камдан-кам бўлади, қисқа давом этади ва бирданига тўхтайди, аммо кардиофобия пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

3. Бемор юрак уриши хуружларини келтириб чиқарувчи омиллардан (кофе) эҳтиёт бўлиши, мабодо хуруж тутиб қолса ваҳимага тушиши керак эмас. Бундай пайтда у тинчлантирувчи дориларни қабул қилиши керак. Беморга ваготроп таъсир қилувчи усулларни (хуруж бўлганда қучаниб, нафасни чиқармай туришни) ўргатиш керак. Хуруж қайтарилган пайтда дарҳол врачга мурожаат қилиб, ЭКГ қилдириши керак ва тахикардия сабаблари аниқланиши лозим. Яна аритмияга қарши ва хуружни тўхтатувчи дориларни ичиши керак. Юрак хуружи камдан-кам ва қисқа вақтли бўлганлиги учун аритмиянинг олдини оловчи дорилар ичмаса ҳам бўлади.

49-масалага жавоб. 1. Бўлмачанинг хилпиллаши қоринча ритми билан минутига 120 марта бўлиб, минутига 35 марта бўладиган брадиаритмия ва асистолия билан алмашиб туради. Беморда синус тугунининг зарарланиш сабаби номаълум.

2. Бемордаги ҳушни йўқотиш ва бош айланиши аритмия натижасида бўлиб, қон айланиши ва миянинг қон билан таъминланиши бузилганлигини кўрсатади.

3. Бундай беморларни дорилар билан даволаш бефойда бўлишидан ташқари, хавфли ҳамдир. Аритмияга қарши берилган обзидан систола даврини чўзиб, брадикардияни келтириб чиқаради, миянинг қон билан таъминланишини ёмонлаштиради. Симпатомиметиклар актопик тахикардияни келтириб чиқариши, ҳатто қоринча ҳилпиллашига олиб келиши мумкин. Беморга вақтинча (қоринча ёки бўлмача-қоринча) электрокардкостимулятор қўйиб, кейин доимий электрокардиостимулятор қўядиган муассасага юбориш керак.

АРИТМИЯ, БЛОКАДА

50-масалага жавоб. 1. PO —18 сек, QRS —0-09 сек. (синусли комплекс), юрак қисқаришлари сони минутига 58 марта. Синусли брадикардия асосида 2 та экстрасистолия бор. Қоринча комплекси экстрасистолия ҳисобига ўзгарган ва P тишчанинг йўқлиги қоринча экстрасистолияси борлигини кўрсатади.

2. Беморда аниқланган қоринча экстрасистолияси илгари касаллик бўлганлигини кўрсатмайди (T тишдан 0,14 сек. кейин келади), улар монотонлидир (комплекснинг шакли бир хил). Бундай қоринча экстрасистолалари синусли бигеменияли брадикардияда бўлиб, жисмоний зўриқтирилганда йўқолиб кетади. Бу ўзгаришлар функционал бўлиб, меҳнат қобилятини пасайтирмайди.

3. Бундай беморлар доимо врач назоратида бўлишлари керак. Доимо жисмоний ҳаракат қилиш (вақтинча экстрасистолияни йўқотади) фойдали ҳисобланади. Зўриқиб ҳаракат қилиш, турли мусобақаларда қатнашишдан сақланиш керак. Аритмияга қарши дорилар берилмайди.

51-масалага жавоб. 1. QRS — 0,08 с., RR — 0,25— 0,40 с., қоринчанинг қисқариши минутига 200 марта. Бўлмачанинг тартибсиз ҳилпиллаши, қоринчалар ритмининг турличалиги, P — тишнинг йўқлиги ҳамда электр диастоласини тўлдирувчи турли баландлик ва кенгликдаги чўзиқ тартибсиз тўлқинлар (F) нинг бўлиши (V 1—2 да яхши кўринади) аритмия борлигини кўрсатади.

2. Оғир юрак касаллигида (порогида) бўлмачанинг ҳилпиллаши ва қоринча ритмининг тезлашиши юрак етишмовчилигининг оғирлашганини кўрсатади.

3. Юракнинг сурункали етишмовчилигини ҳилпилкаш кўп вақтдан бери борлиги ва доимий шаклга айланганлиги, жаррохлик йўли билан даволаш мумкин бўлмаганлиги сабабли (электростимулятор ёки хинидин билан) асли ҳолига келтириб бўлмайди. Бундай шароитда ҳилпиллашнинг қайталаниб туриши ва тромбоземболия хавфи борлиги учун ритмни тиклаш қийинчилик билан амалга оширилади. Дигоксин дозасини танлаб аста-секин берилади, бунда қоринча ритми минутига 80—90 тадан кўп бўлмаслиги керак. Қўшимча қилиб ўзида калий сақловчи дорилар берилса, қоринча ритми секинлашишига ёрдам беради.

52-масалага жавоб. 1. PQ — 0.20—0.28 с. ORS — 0,08 с. қоринча ритми минутига 56 марта $PQRST$ комплексларининг нормада бўлиши асосий ритм синусли эканлигини кўрсатади. Икки цикл давомида PQ интервалы секин-аста чўзилади, учинчи циклда қоринча қўзғалмайди. P тишидан кейин қоринчалар комплекси (ORS) бўлмасдан пауза (кейинги қисқариш кучли бўлгандай) бўлади. Бу кўриниш Самойлов — Венкебах даври дейилиб, бўлмача-қоринча тугунининг тўлиқсиз блокадасида (II даражали) кузатилади.

2. Томоқ оғришидан бир неча кун ўтгач, аритмия ва блокада бўлиши миокардит бўлганлигини кўрсатади. Шундай қилиб, бу ердаги блокада миокардитнинг белгиси бўлиб ҳисобланади.

3. Жисмоний зўриқишни чеклаб, яллиғланишга қарши (вольтарен ёки бошқа) даволаш ишларини олиб бориш керак. Яллиғланишга қарши даволаш натижасида блокаданинг йўқолиши миокардит бўлганлигини тасдиқлайди. Миокардитда

симпатомиметиклар берилла, фойдаси бўлмайди, чунки у этиотроп таъсир қилмайди. Электрокардиостимулятор тўғрисида ўйлаш фойдасиз, чунки бу бемордаги блокада қон айланиши айтарли даражада ўзгартирмайди.

ЮРАКНИНГ ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ

53-масалага жавоб. 1. Беморда стенокардия хуружининг жисмоний зўриқишдан келиб чиқиши касалликка хос омиллардан бири ҳисобланади. Остеохондроз касаллигида ҳам жисмоний ҳаракат оғриқ пайдо бўлишига сабаб бўлади, лекин бунда оғриқ юрак соҳасида эмас, балки чап кўкрак қафасида кузатилади, кўпинча оғриқ жисмоний ҳаракатдан кейин бўлади. Ундан ташқари, кўп чеккан ва семизликка мойил кишиларда юракнинг ишемия касаллиги кўп учраши мумкин. Тинч ҳолатда 50% беморда ЭҚГ нормада бўлиши мумкин, бундай ЭҚГ ишемик касаллик йўқ дейишга асос бўла олмайди. Амалиётда бундай кишиларда юрак ишемияси борлиги тасдиқланган.

2. Бундай кишиларда клиник белгиларига асосан юрак ишемияси бор дейишга ҳаққимиз бор. Ташхис қўйиш учун велоэргометрияга зарурат йўқ. Қоронгография қилишга ҳам зарурат йўқ. Бундай текширишлар асосан ташхис қўйиш қийин бўлган ҳолларда, касалликка хос белгилар булмаганда, касалликни дори билан даволаш яхши натижа бермаганда (аорта тож-томирларига шунт қўйиш зарурати бўлганда) қилинади. Текшириш учун кўкрак қафасини рентгеноскопия қилиш (юракнинг катталашганини, аортанинг ўзгарганини билиш учун) қондаги холестерин, триглицерид, липотроп ва қайд миқдорини аниқлаш керак. Яна стенокардия хуружини дорилар билан даволаш мумкин.

54- масалага жавоб. 1. Беморларда юрак қон томирлари етишмовчилиги борлигини сустак (нитроглицерин) берилганда фойда қилиши қатъий равишда тасдиқланди. Агар сустак берилганда оғриқ қолмаса, у ҳолда албатта оғриқ қолдирувчи дорилар миқдорини кўпайтириш керак бўлади. Айрим беморларда жисмоний зўриқишда оғриқ бўлиши, кечаси оғриқ бўлмаслиги юрак қон томирларида склероз ва спазм борлигини кўрсатади. Бундай ҳолларда нитронгга β - адреноблокаторлар кўшиб берилса яхши натижа олинади. Агар брадикардияга мойиллик бўлса, β - адреноблокаторлар бериш мумкин эмас.

2. Беморга қон томирни кенгайтирувчи 4 хил дорини бериш фойдасиз ҳисобланади. Нитронг ва бета-адрено-блокаторлар берилганда, улар юрак ишини секинлаштириши ҳисобига оғриқ қолади. Юрак ишемик касаллигида юрак қон томирлари склерози бўлса, уларни кенгайтирувчи интенкордин ва курантил берилмайди, акс ҳолда қон оқиши сусайиб, стенокардия касаллиги кучайиб кетади. Бундай касалларга курантилни антиагрегант сифатида бериб бўлмайди. Папаверинни амалиётда юрак қон томирларини кенгайтирувчи дори сифатида қўллаб бўлмайди. Баъзи пайтларда никотинат кислота қондаги холестерин миқдорини камайтирувчи дори сифатида ишлатилади (беморда холестерин юқори чегарада бўлганлиги учун). Амалиётда никотинат кислота холестеринни камайтирувчи дори сифатида ишлатилмайди, чунки у холестеринни оз миқдорда камайтиради. Пархез овкатлар бериш билан холестеринни камайтириш мумкин.

55-масалага жавоб. 1. Юракнинг ишемик касаллиги бор беморларда стенокардия хуружи бўлганда, беморга ўтириш ёки ётиш тавсия қилинади, бу уларнинг аҳволини енгилаштиради. Чунки бемор ётган вақтида марказий қон айланиши яхшиланиб, юрак иши кучаяди ва юракда қон етишмовчилиги йўқолади.

2. Юқорида айтилганлардан ташқари, бемор калорияси кам овкат истеъмол қилиши, вазнини аста-секин камайтириши, тузни кам истеъмол қилиши ва спиртли ичимликлар ичмаслиги керак (иштаҳани очадиган маҳсулотлар триглицерид миқдорини ва артерия қон босимини оширади). Ҳар куни бадантарбия ва жисмоний ҳаракат қилиш керак. Жисмоний ҳаракат ўртача бўлса, стенокардия хуружи камайиб, артериал босим ҳам дорисиз нормага қайтади. Агар булар беморга ёрдам бермаса, у ҳолда сустакмита (1 таблеткадан икки маҳал) ва обзидан (юракнинг ишемик касаллиги гипертензия билан бир

вақтда кечса) 20 мг дан уч маҳал берилади. Бемор диспансер назоратида бўлиши керак.

ПЕРИКАРДИТЛАР

56- масалага жавоб. Бу беморда юрак мускуллари (миокардит, кардиосклероз, гипертрофик миокардиопатия) ва қон томирлар касаллиги перикард бўшлиғига суюқлик тўпланишидан келиб чиққан юракнинг умумий етишмовчилигига ўхшайди. Рентгенологик текширишда юрак соясининг учбурчак шаклда катталашishi перикардда суюқлик тўпланганлигини кўрсатади. ЭхоҚГ маълумотлари миокардитга (бўшлиқнинг катта бўлмаслиги ва аорта тешигининг торайishi чап қоринча девори гипертрофияси йўқ) ўхшамайди. Аниқланмаган сабабга кўра гипертрофик миокардиопатия натижасида қон оқиб чиқиб кетиш йўлининг торайishi субортал стеноз дейилади. Анамнезида стенокардия, миокард инфарктининг йўқлиги. ЭКГ да синусли ритм бўлиши атеросклеротик кардиосклероз йўқлигини кўрсатади. ЭхоҚГ текширишлар юрак қопқоқларида ўзгариш йўқлигини кўрсатади. Кўпроқ нафас йўлларидаги микробли ёки Вирусли инфекция носпецифик перикардит борлигини тасдиқлайди. ЭхоҚГ да перикард бўшлиғида суюқлик борлиги аниқланади.

57-масалага жавоб. 1. Бемор юрагининг ўнг қоринчасидаги декомпенсацияли етишмовчилик сурункали тарқоқ (диффуз) бронхит натижасида келиб чиққан. Аммо ЭКГда юракнинг ўнг қоринчаси девори қалинлашмаганлиги, бўшлиғи кенгаймаганлиги ва рентген текширишларида юрак соясининг учбурчак шаклида бўлиши экссудатли перикардит бор деб ўйлашга асос бўлади. Перикард бўшлиғида суюқлик (перикардит бор деб ўйлашга) кўпинча перикард бўшлиғига ўсма ўсиб киришидан ва марказий ўсмадан ҳосил бўлади. Анамнезида узоқ йиллардан бери ўпка касаллигининг бўлиши ҳамда ўнг ўмров усти лимфа тугунларининг катталашishi (метастазли) ўсма борлигини билдиради.

2. Беморнинг юрагида тампонада белгилари ҳосил бўлганлиги учун перикард бўшлиғидаги суюқликни чиқариб ташлаб, уни лабораторияда текшириш керак.

Агар олинган суюқлик қизил рангда бўлса, бу перикардда ўсма борлигини тасдиқлайди.

58- масалага жавоб. 1. Юрак соҳасида оғриқ синдромининг бўлиши, перикардда ишқаланиш шовқинининг пайдо бўлиши, иситманинг кўтарилиши, даволашга қарамай ЭКГ да ўзгариш кузатилмаслиги, миокард инфаркта 2 ҳафтадан бери давом этаётганлиги инфарктдан кейинги синдром борлигини билдиради. Бу касалликни инфарктнинг қайталаниши, ўпка артерияси тромбоэмболияси, бактерияли эндокардитдан ажрата билиш керак.

2. Агар бу инфарктдан кейинги синдром бўлса, беморга глюкокортикоидлар, ностероидли яллиғланишга қарши дорилар берилади. Носпецифик яллиғланишни йўқотиш учун кўпинча преднизолон (қунига 15—20 мг) берилади.

ОШҚОЗОН-ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЙИЧА КЛИНИК МАСАЛАЛАР ЕЧИМИ

59-масалага жавоб. 1. Оч қолганда меъда соҳасида оғриқ пайдо бўлиши, антиацидлар ёрдамида ва овқат егандан кейин оғриқнинг йўқолиши 12 бармоқли ичак яраси қайталаймаганлигини кўрсатади. Бу маълумотлар ташхис қўйиш ва даволаш учун етарли эмас. Кўпинча беморда бундай белгилар бўлишига қарамасдан рентгенда ва гастроскопияда) яра топилмайди. Биринчи маротаба ташхис қўяётганда албатта рентгенологик усул билан текшириш керак. Бу усул билан текширилганда яра борлиги 80% ҳолда тўғри (гастроскопияда камроқ) аниқланади. Агар рентгенда текширилганда яра топилмаса, гастроскопда текширишнинг ҳожати йўқ. Қон кетаётган бўлса, унинг қаердан оқаётганини билиш учун гастроскопия қилинади. Бошқа текшириш усуллари яра борлигини тасдиқламайди. Шу сабабли врачнинг бошқа текшириш усуллари ортқча

хисобланади.

2. Бемор касалхонага ётқизилиши керак. Зарда қайнаши ва оғриқни келтириб чиқарадиган овқатларни чеклаб, кунига 6 марта овқатлантириш керак (ичимлик берилмайди). Доимий равишда антиацид дорилардан алмагель (бир қошиқдан 3 марта овқатдан 1—3 соат кейин), уйқудан олдин атропин сульфат (0,1%—0,5 мл), кечкурун инъекция қилинади. Бошқа дорилар ёрдамчи дорилар деб хисобланади.

60-масалага жавоб. 1. Айтилган дорилар — алмагел яра касаллигида ёрдам берадиган бирдан-бир дори эканлиги тасдиқланган.

2. Яра касаллигида кофеин ва кофе берилса оғриқ кучаяди. Шунинг учун бундай дориларни бериш керак эмас. Яра касаллиги қайталанган вақтида зайтун (облепиха) мойини физиотерапевтик муолажалар сингари бермай туриш керак. Улар касалликнинг ўткир даври тугагандан кейин берилади.

3. Преднизолон, ностероидли яллиғланишга қарши дорилар (айниқса аспирин), резерпин, кофеин каби дорилар яра касаллигини қайталантириши мумкин. Шунинг учун бу дорилар берилмайди.

ОШҚОЗОН-ИЧАҚ КАСАЛЛИКЛАРИ БУЙИЧА КЛИНИК МАСАЛАЛАР

61-масалага жавоб. 1. Катталиги 4 см булган яралар кўпинча яранинг ўсмага айланиш даврида пайдо бўлади. Охирги ойлардаги оғриқ хусусиятининг ўзгариши яранинг раққа айланишидан далолат беради.

2. Ўсма касаллигини аниқлашдаги энг ишончли текшириш усули гастроскопия ва биопсия хисобланади.

НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТ, КРОНА КАСАЛЛИГИ

62-масалага жавоб. 18 ёшли беморнинг корнидаги оғриқ, иситма кўтарилиши, шнлимшнк ва қон аралаш ич кетиши биринчи ўринда носпецифик ярали колит бор деб ўйлашга асос бўлади. Ўйғон ичакдаги яра олдин дистал қисмга, кейин бошқа қисмларга тарқалган бўлиши мумкин. Касаллик (кўпинча дорилар) бўғимларни зарарлаб, терида тошмалар тошиши, гемолитик камқонлик, иридоциклитни келтириб чиқариб бутун системами касаллантирган бўлиши мумкин.

63- масалага жавоб. 1. Терминал илеит деб (Крона касаллиги) ингичка ичакнинг йўғон ичакка ўтиш қисми яллиғланишига айтилади. Касаллик асосида гранулем атоз жараён ётади, бунда яра ўрнида чандиқ ҳосил бўлиб, ичакни торайтиради. Касалликнинг клиник кўриниши шундан иборатки, бунда шиллиқ ва қон аралаш ич суриб, кориннинг ўнг томонида оғриқ пайдо бўлади. Оғриқ айнақса ич келаётган вақтда кучаяди. Кўпинча ичак пайпаслаб кўрилганда ўсмага ўхшаш каттиқ ҳосила қўлга уннайди. Бу яллиғланиш натижасида ҳосил бўлган конгломератдир. Рентген килинганда ичакнинг торайиши, яъни «тор» синдром борлиги аниқланади. Касалликда ичак тўсилиши, оқма яра ва тешилиш аломатлари бўлиши мумкин.

2. Касаллик ташхисини тасдиқлаш учун колоноскопия ва биопсия қўлланилади. Гистологик текширилганда мононуклеар хужайралардан, фибробластлардан ва чириган тўқималардан тузилган грануломалар борлиги аниқланади.

ОШҚОЗОН-ИЧАҚДАН ҚОН КЕТИШИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ ВА ДАВОЛАШ

64-масалага жавоб. 1. Ўсма ва яра касаллигида ошқозон-ичакдан (анамнезида бу касалликлар бўлмаса ҳам) қон кетиши мумкин. Гипохром камқонликда қон зардобиди темир микдорининг кам бўлиши темир етишмаслигидан келиб чиққан камқонлик

борлигини кўрсатади. Бу камқонлик сурункали қон кетишидан (бурун, ошқозон-ичак ва бошдан) пайдо бўлиб, қаердан қон кетаётганлигини кўрсатмайди. Беморнинг қариндошларида қон кетиш аломатларининг борлиги ва беморнинг тез-тез бурни қонаб туриши ирсият орқали ўтувчи телеангиоэктазия (Ранд — Ослер) касаллиги борлигини кўрсатади, бунда ошқозон шиллиқ қавати зарарланиб, қон оқиши кузатилади.

2. Телеангиоэктазия борлигини аниқлаш учун кулок-бурун-томоқ врачлари кўриши (кўпинча телеангиоэктазия бурун шиллиқ қаватида кузатилади) ва гастроскопия қилиши керак.

65-масалага жавоб. 1. Нажас билан узгармаган ёки кам ўзгарган қон тўғри ёки йўғон ичакдан оқаётган ҳисобланади. Ҳазм аъзоларининг юқори қисмидан (қизилўнғач, ошқозон ва ичакнинг юқори қисмидан) қон оқаётган бўлса, унда нажас қора рангда бўлади. Ўсма касаллигида, ичакнинг носпецифик яра касаллигида, Крона касаллигида йўғон ичакдан қон оқиши мумкин.

2. Беморнинг ахлатида ўзгармаган қон бўлиши қоннинг йўғон ичакдан кетаётганини кўрсатади, бундай беморни колоноскопда текшириш керак. Колоноскопда йўғон ичакдаги турли касалликлар (ўсма, яра ва бошқалар) аниқланади. Қонда гемоглобиннинг бир оз камайиши, юрак стишмовчилиги белгиларининг бўлмаслиги ва қон айланиши бузилмаганлиги учун қон ва унинг ўрнини босувчи дорилар буюрилмайди. Темир етишмаслигидан келиб чиққан камқонликни даволаш учун темир препаратлари билан бирга асосий касалликни даволаш керак.

66-масалага жавоб. 1. Қон оқаётган жой аниқ бўлмаса ҳам, қон ҳазм аъзоларидан келаётганлигига шубҳа туғдирмайди. Бор маълумотлар алкоголизм, жигарнинг бир оз катталаниши, кафтдаги аниқ бўлмаган эритемалар қизилўнғачнинг кенгайган веналаридан қон оқаяпти деб айтишга асос бўла олмайди. Анамнезида жигар циррози деб ташхис қўйилган бўлсада, қоннинг қаердан оқаётганини аниқ айта олмаймиз. Бунинг учун эзофагоскопия қилиш муҳим аҳамиятга эга. Қон тўхтамасдан оқиб турса ҳам (нажаснинг малина рангида бўлиши, қориннинг ғулдираши, юракнинг тез уриши) эзофагоскопияга монелик қилмайди. Текширишдан олдин ошқозон суюқлиги сўриб олиб ташланса, эзофагоскопия муваффақиятли ўтади, сўриб олинган суюқлик акализис ташхис қўйишда катта аҳамиятга эга бўлади.

2. Барий билан рентгеноскопия қилинганда тўлиқ маълумот олиш қийин бўлади ва у эндоскопик текширишни қийинлаштиради. Қопни анализ қилиб, гемоглобинни қайта текшириш масалани тез ҳал қилишга ёрдам бермайди. Агар қон ичакнинг дистал қисмидан келаётганлигига гумон қилинса, ректороманоскопия қилиш керак. Бу беморда эзофагогастроскопия ёрдамида аниқ маълумот олинмаса ректороманоскопия тавсия қилинади. Шундан кейин ҳам ташхиси аниқ бўлмаса, у ҳолда бошқа текшириш усуллари қўлланилади.

СУРУНКАЛИ ЭНТЕРОКОЛИТ ВА ИЧАК РАКИ

67-масалага жавоб. 1. Сурункали энтероколита бор беморларнинг 62—76% ида тез-тез ич кетиш, қорин дамба бўлиши, қориннинг юқори ва ўрта қисмида оғриқ кузатилиши мумкин. Овқатни ичакда ҳазм бўлиши (парчаланиши ва сўрилиши) бузилишидан беморнинг вазни камайиб, камқонлик келиб чиқади, электролитлар алмашинуви бузилади, гипопротеинемия кузатқлади.

2. Ингичка ичак касаллиги қайталанганда (энтерит) стеаторрея кузатилади. Ингичка ичакда темирни сўрилиши бузилганлиги учун организм калий моддасини кўп йўқотади ва гипокалиемия белгилари пайдо бўлади. Нажасда қон бўлиши сурункали энтероколит касаллигига (ичак раки, Крона касаллиги, ыоспецифик яра касаллигига) ҳос эмас. Мавжуд касаллик белгилари ошқозон ости беэи етишмовчилигидаги гипокалиемия борлигини кўрсатади.

68-масалага жавоб. 1. Ич қотиши, ахлатда қон бўлиши, рентген маълумотлари ва

гипохром камқон ичакда ўсма борлигини билдиради. Йўғон ичак раки секик ривожланади ва метастаз беради. Бундай касалларнинг 25%ининг ахлатида қон бўлиши мумкин.

2. Ичакда рак касаллиги борлигини тасдиқлаш учун колоноскопия ва лапароскопия қилиш мумкин.

69-масалага жавоб. 1. Беморда сурункали энтероколит касаллиги борлиги сабабли сўрилиш бузилган, шу сабабли вазни камайган, гипопропротеинемия пайдо бўлган ва оёқлари шишган. Яна электролитлар алмашинуви бузилиб, камқонлик ва трофик ўзгаришлар пайдо бўлган.

2. Бундай касалликка қон зардоби қуйиб даволанади. Зардоб оксил ва иммуноглобулинлар манбаи ҳисобланади. Қон зардобини қуйиш бошқа даволаш йўллари (пархез, антибактериал дорилар ва бошқалар) инкор қилмайди.

«ЎТКИР ҚОРИН» СИНДРОМИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

70-масалага жавоб. 1. Анемнезидан ҳисобга олиб (анамнезида яра борлиги ва кучли оғрикни ҳисобга олиб) 12 бармоқ ичак яраси тешилган деб ташхис қўйилган. Кўпинча, 5—10% ҳолларда ҳеч қандай касаллик белгилари бўлмай туриб яра тешилиши мумкин. Бундай белгилар кўпинча ўрта ёшли эркакларда учрайди. Ташхисни тасдиқлаш учун клиник белгиларидан ташқари, бемор тик турган ҳолда рентген қилинганда 80% ҳолларда қорин бўшлиғида эркин ҳаво борлиги аниқланади. Перитонитда барий ичириб рентген қилиш мумкин эмас. Бемор аҳволини аниқлаш учун қондаги лейкоцитлар сонини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Лейкоцитлар сонининг кам бўлиши перитонитки жаррохлик йўли билан даволашга қарши кўрсатма бўла олмайди. Ҳазм аъзоларининг юқори қисмидан қон кетаётганлигига гумон қилинганда гемоглобин миқдорини аниқлаб, гастроскопия қилинади. Чунки бундай касалликда перитонит белгилари бўлмайди. Камдан-кам ҳолларда қон кетаётганда перитонит бўлиши мумкин.

2. Беморга зудлик билан жаррохлик ёрдами курсатиш керак. Яна антибиотиклар ва қонга суюқликлар қўйилади.

71-масалага жавоб. 1. Беморда «ўткир қорин» синдроми билан биргаликда перитонит касаллиги бошланган. Қорин бўшлиғида ўзгариш бўлишига кўпчилик касалликлар сабабчи бўлиши мумкин. Катта ёшдаги, беморда оғир юрак касаллиги бўлиб, 1—2 кун давомида касаллик белгиларининг кучайиши мезентериал қон томирларида ёки унинг майда шохчаларида тромбоз бўлганлигини кўрсатади. Мезентериал қон томирлари тромбозда ичак тутилиши бўлади. Анамнези ва клиник ўзгаришларни ҳисобга олиб беморга ташхис қўйилади. Касалликни аниқлаш учун касаллик бошланган заҳоти (перитонит бўлгунга қадар) селектив ангиография қилинади.

2. Бемор зудлик билан даволанишга муҳтож. Перитонитда 80% ҳолда ўлим содир бўлишига қарамасдан, ўз вақтида операция қилинса, беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш мумкин.

72-масалага жавоб. 1. Беморда даврий қайталаниб турувчи перитонит бор. Кўпинча бундай касалликда операция қилиш фойдасиз ҳисобланади. Бу касаллик асосида наслий етишмовчилик бўлиб, қариндошларининг ярмида бундай касаллик бўлган. Кўпроқ қоринда оғрик, бўладиган тури учрайди. Бу касалликда плевра ва бурымларнинг сероз пардаси кам зарарланиши мумкин. Амилоидоз натижасида буйрак етишмовчилиги кузатилади (бемор онасига ўхшаб).

2. Ҳозирги кунда касалликни даволашда колхицин ягона дори ҳисобланади. Уни ҳар 1 соатда 0,6 мг дан берилади. Кейинчалик дори бериш вақти секин-аста узайтирилади. Наркотик дорилар берилмайди. Яллиғланишга қарши дорилар бефойда ҳисобланади. Кўпинча бу касалликни «ўткир қорин» синдроми билан адаштириш мумкин. Шунинг учун бундай беморлар 1—2 кун давомида жаррох назоратида бўлиши керак. Кейинчалик бундай беморларга касалликни олдини олиш мақсадида колхициндан оз миқдорда ичиб туриш тавсия қилинади (врач назорати остида).

СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ, ОШКОЗОН ОСТИ БЕЗИ РАКИ

73-масалага жавоб. 1. Касалликнинг клиник белгиларига асосан (ич кетиши, озиб кетиш) ҳамда ташки ва ички секрециянинг бузилиши (қонда қанд микдорининг кўпайиши), сурункали панкреатит касаллиги дейишга асос бўлади. Анамнезида ичкилик ичгаштаги, ўткир панкреатит касаллиги билан жаррохлик бўлимида даволанганлиги, стеаторея (сурункали панкреатитнинг асосий белгиларидан бири), борлиги, сурункали панкреатит борлигини кўрсатади. Жигарнинг катталашмаганлиги, цирроз белгиларининг йўқлиги алкаголли гепатит борлигини тасдиқлайди. Панкреатитлар сурункали қайталовчи, сурункали оғриқли, хавфли ўсмали ва кўпроқ склеротик кальцийли шаклларда бўлади. Панкреатит касаллигида қонда қанд микдорининг ортиши, ошқозон ости безининг кальций чўкиши натижасида склероз бўлганлигини кўрсатади.

2. Сурункали панкреатит бор-йўқлигини аниқлаш учун ультратовушда текшириш, ошқозон ости безини сканнирлаш, гастроскопия, эндоскопия, панкреохолан-тография қилиш тавсия қилинади. Бунда безнинг шакли, эзилганлиги, асосий без йўлининг кўриниши аниқланади.

74-масалага жавоб. 1. Қориннинг юқори қисмида оғриқ бўлиши, жигарнинг нотекис катталашуши, қонда қанд микдорининг ортиши ва ошқозонда яра йўқлиги ошқозон ракиннинг жигарга метастез берганлигини билдиради. Баданнинг сарғайиши (механик сариқлик) ошқозон ости бези раки борлигини кўрсатади. Қонда альфа-фотопротеин бўлмаслиги жигарда бирламчи рак йўқлигини тасдиқлайди.

2. Ташхисни тасдиқлаш учун жигар ва ошқозон ости безини сканнирлаш керак ва яка ультратовуш билан панкреохолантография қилиш мумкин.

ТЕМИР ЕТИШЛОВЧИЛИГИДАН КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН КАМҚОНЛИК

75-масалага жавоб. 1. Бемор ҳайз кўрган вақтида кўп қон йўқотиши натижасида гипосидероз (оғиз бурчагининг бичилиши, соч тўкилиши, тирноқдаги қўндаланг чизиклар) пайдо бўлиши темир етишмовчилигидан келиб чиққан камқонлик борлигини билдиради. Бундай камқонлик кўпинча бола туғиш ёшида кўпроқ кузатилади.

2. Темир етишмовчилигидан келиб чиқадиган камқонлик деб ташхис қўйишдан аввал қон зардобидидаги темир микдорини аниқлаш керак. Бу беморда қондаги темир микдорини тўғри аниқлаб бўлмайди, чунки текширишдан олдин бемор темир моддасини қабул қилган бўлади. Қонда ретикулоцитларнинг оз микдорда бўлса ҳам кўпайиши берилган темир таъсирида эритроцитлар ишлаб чиқарилиши кучайганини кўрсатади. Бундай ўзгариш касаллик ривожланишдан тухтаб, тузалиш босқичига ўтганини кўрсатади. Агар беморга темир препаратларни бериш давом эттирилса, 3—4 ҳафтадан кейин гемоглобин микдорини нормага келтирилади. Темир тақчиллигидан бўладиган камқонликда витамин В₁₂ бериш монотерапия қилади. Бу камқонликда суяк кўмигини ташхис қўйиш мақсадида текшириш ҳам фойдасиз ҳисобланади.

76-масалага жавоб. 1. Беморнинг ошқозон ва 12 бармоқ ичаги Билрот-1 усули билан операция қилингандан сўнг темир сўриладиган жойи ўзгарган, шунинг учун темир моддаси билан даволаш бефойда бўлади. Бундай камқонликда «В» гуруҳдаги витаминларни бериш темир моддасининг сўрилишига таъсир қилмайди.

2. Темир препаратларни темир тақчиллигидан келиб чиқадиган камқонликда берилади. Бундай дорилар фақат темир препаратлари етказиб берилган беморларга берилмайди. Яна ошқозон-ичак касалликларида сўрилиш бузилганда (энтерит, ичак резекция қилинганда, панкреатитда) ва организмда темир микдори кўпайиб кетган ҳолларда ҳам берилмайди (операция қилинадиган пайтларда).

77-масалага жавоб. 1. Сурилиш бузилганда ферроплекс берилмайди. У гемоглобин микдорини етарли даражада ошириш мақсадида узок вақт берилади. Ичакдан

сурункали равишда қон йўқотиб турилса, темир етишмовчилиги камқонлиги кузатилади.

2. Темир етишмовчилиги камқонлигида темир препаратлари парентерал йул билан юборилади.

ВИТАМИН В₁₂ ЕТИШМАСЛИГИДАН КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН КАМҚОНЛИК

78- масалага жавоб. 1. Катта ёшли беморнинг ошқозони бир неча йил илгари олиб ташланган бўлиб, унда лейкоцит ва тромбоцитлар сони камайиб кетган. Клиник белгиларидан тил сўрғичлари текисланганлиги, орқа миyanинг ёнбош устунлари касалланганлиги витамин В₁₂ етишмовчилигидан келиб чиққан камқонликни эслатади. У ошқозоннинг тотал резекциясидан кейин келиб чиққан бўлиши мумкин. Ретикулоцитларнинг бўлмаслиги гемолитик камқонлик йўқлигини кўрсатади. Геморрагик синдромнинг йўқлиги, лейкоцит ва тромбоцитларнинг бир оз камайиши, инфекция йўқлиги гипопластик камқонлик йўқлигини кўрсатади. Операция қилинганига 5 йил бўлганлиги учун рак касали қайталанган ва метастаз берганга ўхшамайди.

2. Витамин В₁₂ етишмовчилигидан келиб чиққан камқонликни суяк қўмигини текширганда эритроцитлар қаторининг гиперплазияси, мегалобластларнинг кўпайиши (эмбрионал қон ишлаб чиқариш) тасдиқлайди. Витамин В₁₂ тайинлашдан олдин албатта суяк қўмигини текшириш зарур.

3. Ошқозон резекция қилинганлиги витамин В₁₂ етишмовчилигидан келиб чиққан камқонликни чакирувчи этиологик омил ҳисобланади, унда ички омил етишмаслигидан витамин В₁₂ сўрилиши ёмонлашиб, 3— 5 йил мобайнида камқонлик касаллиги келиб чиқади. Бу даврда витамин В₁₂ етишмаслиги жигарда тупланган витаминнинг ишлатилиши ҳисобига сезилмайди.

79-масалага жавоб. 1. Катта ёшли беморда лейкоцитлар ва тромбоцитларнинг кам бўлиши, тил сўрғичларининг атрофияси, атрофик гастрит витамин В₁₂ тақчиллигидаги камқонлик деб ўйлашга асос бўлади.

2. Суяк қўмигини текширмасдан туриб витамин В₁₂ билан даволанганлиги витамин В₁₂ тақчиллигидаги камқонлик борлигини тасдиқлайди, чунки витаминни бир неча марта инъекция қилгандан кейин суяк қўмигини текшириш мақсадга мувофиқ эмас (мегалобласт қон ишлаб чиқариш йўқолади). Шунинг учун витамин В₁₂ билан даволанган ҳолда кузатиш давом эттирилади. Ретикулоцитлар даволашдан олдингига нисбатан кўпайса, дори фонда берган деб тушунилади. Қонда яна мегалобластик, нормобластик нормобластларнинг ҳосил бўлганлиги кўринади. Қон зардобидagi темирни текшириш ва темир препаратларини бериш мақсадга мувофиқ эмас, чунки бундай камқонлик гиперхромдир.

80-масалага жавоб. 1. Қон оқиш белгисининг бўлмаслиги, гипохром камқонлик ва бошқа гематологик белгиларнинг бўлиши (микроцитоз, лейко- ва тромбоцитопения, нейтрофиллар гиперсегментацияси), атрофик гастритнинг борлиги Адиссон — Бирмер касаллиги борлигини кўрсатади.

2. Витамин В₁₂ етишмовчилигидаги камқонликда бош миёда кислород етишмаслиги (камқонликдаги кома олди ҳолати) кузатилади. Шунинг учун зудлик билан эритроцитар массада ва витамин В₁₂ дан 500—100 мкг юбориш керак. Бунда эритроцитар масса ҳаётий кўрсатмага биноан қуйилади. Венага витамин В₁₂ юборилгандан кейин тезлик билан суяк қўмиги текширилиши керак ва ундан кейин витамин В₁₂ мушаклар орасига юборилади. Орқа миёа касаллиги йўқлигини (фуникуляр миелоз) аниқлаш учун невропатолог кўриб, маслаҳат бериши керак.

СУРУНКАЛИ ЛИМФОЛЕЙКОЗ

81-масалага жавоб. 1. Қонда лимфоцитларнинг кўп бўлиши, Боткин — Гумпрехт соясининг (парчаланган лейкоцитлар) бўлиши, талокнинг катталашиши ва лимфа

тугунининг ўзгариши беморда сурункали лимфолейкоз бўлиб, у суяк кўмигини, лимфа тугунларини ва талокни зарарлаганлигини кўрсатади. Бу зарарланишлар соматик компенсацияланиш (шикоят йўқлиги) борлигини кўрсатади. Кўпинча сурункали лимфолейкоз қариларда тасодифан конни текшириш пайтида аниқланади. Лимфоцитларнинг кўп ишлаб чиқарилиши лимфосаркомага хосдир. Лимфоцитларнинг кўп бўлиши эмас, балки клиник белгиларнинг (бушашишлик, терлаш, иситма кўтарилиши) кўп бўлиши бу касаллик учун хосдир. Лимфосаркомада эса лимфоцитларнинг кўп бўлиши касаллик суяк кўмигига тарқалганини кўрсатади. Бу касалликда қонда гемоглабин ва тромбоцитлар сони камаяди. Ангина, бўйин орқа лимфа тугунларининг катталашиши, қонда атипик моноклеоз хужайраларнинг (лимфомоноцитлар) бўлиши, инфекцияли моноклеозга хос ўзгариш ҳисобланади.

2. Беморда соматик компенсация бўлиб, лейкоцитларнинг бир оз кўпайиши, гемоглобин ва тромбоцитлар курсаткичиши борлиги ҳамда талок; катталашмай лимфоаденопатия бўлиши махсус даволашни бошламай туришни кўрсатади. Бемор гематолог назоратида бўлиб, вақти-вақти билан конини текширтириб туриши керак. Агар лейкоцитлар сони кўпайиб кетса, лимфа тугунлари ва талок катталашса, беморнинг аҳволи ёмонлашса (бўшашса, терласа, иш қобилияти камайса) цитостатик дорилар билан даволанади.

82-масалага жавоб. 1. Сурункали лимфолейкоз инфекцияли ва аутоиммун гемолитик асоратлар беради. Тана харорати (инфекциясиз) кўтарилади, сарғаяди, тўғри бўлмаган билирубин ретикулоцитлар миқдори кўпаяди. Яна гемоглабин ва тромбоцитлар (тромбоцитлар иммунли гемолизга учрайди) миқдори камаяди. Гемолитик камқонлик аутоиммун хусусиятга эга эканлигини ва эритроцитга қарши аутоантителаларни Кумбс синамаси аниқлаб беради.

2. Аутоиммун гемолитик камқонликка глюкокортикоидлар билан даво қилинади.

СУРУНКАЛИ МИЕЛОЛЕЙКОЗ

83-масалага жавоб. 1. Сурункали миелолейкоз маълум бир пайтида терминал босқич бошланади, бу янги хужайраларни катта мутация бўлишидан ҳосил бўлади. Терминал босқичнинг бошланиши клиник ва гематологии кўринишни ўзгартиради, Иситма кўтарилиши, геморрагик белгиларнинг бўлиши, ҳар хил туқималарда ўсма хужайралари (терида, кўкрак безида, лимфа тугунларида) ривожланаётганини кўрсатади. Гематологии ўзгариш бластли кризда кузатилади: қонда базофиллар промиелоцитлар ва бласт хужайралар миқдори кўпайиб кетади. Гемоглобин миқдори ва тромбоцитлар сони камаяди, миелосан билан лейкоцитлар, сонини кузатиб бўлмайди.

2. Бласт криз бўлганда суяк кўмигидаги бласт хужайралар сони кўпаяди ва нотипик шаклда пайдо бўлади. Айрим пайтда хужайраларда кўшимча филаделфия хромосомалари аниқланади (ҳамма миелолейкоз беморларда 22 жуфт хромосом қисқаради). Талок пункция қилинганда жуда кўп бласт хужайралар топилади.

3. Бласт кризга ўтқир лейкоз каби дрово қилинади, 6- меркаптопурин ва преднизолон билан даволанади. Яна ўтқир лейкоз даволовчи цитостатик дориларни (винкристин, румбомуцин, цитазин, арабинозид) ҳар хил тузилмада бериш керак.

84-масалага жавоб. 1. Талокнинг катталашиши ва қондаги базофил-эозинофил ассоциация шаклининг промиелоцитларгача силжиши сурункали миелолейкоз ёки сублейкемик миелоз борлигини билдиради. Ташхисни аниқлаш учун қон хужайраларида ёки суяк кўмигида филаделфия хромосомалари (маркер хужайра) борлигини текшириш керак.

2. Сурункали миелолейкоз ва сублейкемик миелозни даволаш учун миелосандан кунига 4—6 мг дан лейкоцитлар миқдорига қараб берилади. Иммунли гемолизда, тромбоцитлар жуда ҳам камайганда, қайталовчи талок инфарктида талокни олиб ташлаш тавсия этилади. Яна талокни антиагрегатлар таъсир қилмаганда ҳам олиб ташлаш

буюрилади.

85-масалага жавоб. 1. Айрим пайтларда лабораторияда текширилаётганда конда миелолейкоз борлиги аникланади. Бундай беморларнинг аҳволи яхши, иш қобилияти йўқолмаган бўлади. Лейкомоид реакциянинг бу касалликдан фарқи шуки, бунда беморнинг аҳволи анча оғир бўлади. Сурункали миелолейкозда тромбоцитлар ва лейкоцитлар жуда кўп бўлади.

2. Қон ва суяк кўмигидаги филадельфия хромосомалари текшириб аниқлангандан кейин сурункали миелолейкоз ташхиси қўйилади (22- жуфт хромосоманинг ярми колган бўлади). Бу хромосомалар сурункали миелолейкознинг маркери бўлиб, 90—95% беморда аникланади.

ГЕМОЛИТИК КАМҚОНЛИК

86-масалага жавоб. 1. Клиник ва лаборатория белгиларига қараганда беморда гемолитик камқонлик (талок катталашган, ретикулоцитлар ва билирубин купайган) бор. Сийдикнинг қора рангда бўлиши ва иситма қон томир гемолизини кўрсатади. Нейтрофилли лейкоцитларнинг бўлиши (эритроцитларнинг қон парчаланишидан пайдо бўлган лейкомоидли реакцияси) ўткир гемолиз борлигини кўрсатади. Гемолитик камқонлик белгилари пайдо бўлишини нафас йўллариининг ўткир яллиғланишидан деб ўйлаш мумкин, бу кўпинча Вирусли инфекциядан кейин пайдо бўлади. Аутоиммун гемолитик камқонликнинг патогенетик механизмида эритроцитларга нисбатан антителалар ҳосил бўлади.

2. Аутоиммун гемолитик камқонликни келтириб чиқарган эритроцитлардаги аутоантителаларни аниқлаб ташхис қўйиш учун кумбс синамаси қўлланилади.

87- масалага жавоб. 1. Беморда гемолитик камқонликнинг клиник — гематологик (терининг сарғайиши, талокнинг катталашуши, ретикулоцитлар ва тўғри бўлмаган билирубиннинг ортиши) белгилари бор. Турли маълумотларга қараганда допегит қабул қилган беморларнинг 1/3 қисмида эритроцитларга қарши аутоантителалар ҳосил бўлиши мумкин экан. Кумбс синамаси ёрдамида 70% беморда гемолитик камқонликдаги антителалар борлиги аниқланди. Тўғри бўлмаган Кумбс синамаси ташхис қўйишда аҳамиятга эга эмас.

2. Преднизолон билан даволаш антиммун гемолитик камқонликда 50% ҳолда фойда беради. Глюкокор-тикоидларнинг адекват дозаси (преднизолон беморнинг 1 кг вазнига 1 мг дан берилади) самара бермаса, талокни олиб ташлаш масаласи қўйилади. Агар спленэктомиядан кейин ҳам беморнинг аҳволи яхшиланмаса, иммунодепрессантлар берилади. Агар глюкокортикоидларнинг юқори дозаси билан даволангандан кейин ҳам касаллик кайталанса ва бемор ёш бўлса (ёшларга иммунодепрессантлар бериш мумкин эмас) талокни олиб ташлашга рухсат берилади. Мабодо юқорида кўрсатилган даволаш усуллари ҳам ёрдам бермаса ёки унга қаршн кўрсатма бўлса, у ҳолда плазмофоре́з қилинади.

3. Спленэктомия қилингандан кейин операциядан кейинги ўлимни камайтириш учун кунига 80—100 мг дан преднизолон берилади. Тромб ҳосил бўлиши олдини олиш учун операциядан олдин 3-4 маҳал 5000 ТБ дан гепарин, курантил ва трет ал берилади.

АПЛАСТИК КАМҚОНЛИК

88-масалага жавоб. 1. Беморда лейкоцитлар ва тромбоцитлар камайган (панцитопения) камқонлик бор. Суяк кўмиги фаолияти сусайиши натижасида панцитопения келиб чиқади (гипопластик камқонлик). Яна суяк кўмигидаги бласт (лейкемик) хужайралар ёки витамин В₁₂ етишмаслигидан ҳам камқонлик пайдо бўлиши мумкин. Беморнинг касбини ҳисобга олиб, унда гипопластик камқонлик ва ўткир лейкоз бор дейиш мумкин.

2. Бемор темир препаратлари олганлиги, геморрагик белгилар борлиги ва истмаси кўтарилганлиги (темир етишмаслигидан келиб чиққан камқонликка ўхшамаганлиги) учун қон зардобдаги темир микдорини аниқлаш фойдасиз. Суяк кўмиги трепанобиопсия қилиниб, гистологик текширилса, аниқ маълумот олиш мумкин. Бу усулни суяк кўмигини пункция қилиб текширишдан афзаллиги шуки, бунда қон ва ёғ хужайраларини ҳосил қилувчи хужайралар микдорини аниқлаш мумкин. Агар гипопластик камқонлик бўлса ёр хужайралар, ўткир лейкоз бўлса лейкомик хужайралар кўп бўлади.

3. Камқонлик сабабини билмай туриб, беморга темир препаратлари ва витамин В₁₂ бериш нотўғри ҳисобланади.

89-масалага жавоб. 1. Суяк кўмигида қон ишланиб чиқишининг сусайганлиги панцитопения билан биргаликда кечиши (гистологик препаратда қон ишлаб чиқарувчи хужайралардан ёғ ишлаб чиқарувчи хужайраларнинг кўп бўлиши) беморда гипопластик камқонлик борлигини билдиради. Препаратда бласт хужайралар пролиферацияси бўлмаганлиги ва етилмаган хужайраларнинг бўлиши (сублейкемик миелоз) ўткир лейкоз касаллигига хосдир. Талокнинг катталашганлиги ва суяк кўмигида фиброз тўқималарнинг борлиги сублейкемик миелозга ўхшайди. Лимфоцитознинг бўлиши сурункали лимфолейкознинг гемолитик белгиларига хосдир. Беморда бундай белгиларнинг йўқлиги (лимфоцитларнинг қондаги абсолют микдори 800 хужайра/мм³) ва ретикулоцитларнинг йўқлиги гемолиз йўқлигига асос бўла олмайди. Лейкопения ва камқонликнинг бўлиши, қон йўқотиш идеопатик тромбоцитопеник пурпура (Верльгоф касаллиги) касаллиги эмаслигини билдиради.

2. Тромбоцитларнинг камайиб кетиши кучли қон оқиши ва миёга қон қуйилиши хавфини туғдирганлиги учун беморга тромбоцитар масса қуйиш керак.

90-масалага жавоб. 1. Қонда панцитопения бўлиши ва суяк кўмигининг бутунлай бўшаб қолиши беморда гипопластик камқонлик борлигини кўрсатади. Бу камқонлик идиопатик тавсифга (анамнезида суяк кўмиги ишини сусайтирувчи омиллар бўлмаганлиги учун) эгадир. Иммуни бузилган лимфоцитлар идиопатик камқонликка сабабчи бўлади.

2. Агар гипопластик камқонликка 8—10 кун ичида глюкокортикоидлар билан даволаш фойда бермаса, у ҳолда спленэктомия қилиш керак. Талокда марказий хужайралар пролиферациясини сусайтирувчи лимфоцитлар борлиги учун у олиб ташланади. Операция куни глюкокортикоидлар дозасини икки баробар ошириш керак. Спленэктомиядан кейин 5—7 ой давомида анаболик гармон — нераболилдан кунига 20 мг бериб туриш керак. Донор топиш кийин бўлганлиги учун суяк кўмигини кўчириб ўтказиш кийин бўлади. Суяк кўмигини беморнинг акаси ёки синглисидан олиб ўтказиш муҳим аҳамиятга эга. Қон ишлаб чиқариш пасайганлиги сабабли, қайси шаклининг ўсиши камайса (тромбоцитлар, лейкоцитлар ёки эритроцитлар) шу шаклини қуйиш керак.

ЎТКИР ЛЕЙКОЗ

91-масалага жавоб. 1. Панцитопения бўлганда ўткир лейкозни (алейкемик шаклини) апластик камқонликдан дифференциация қила билиш керак. «Хужайралар пролиферацияси» белгилари ўткир лейкозга хос бўлиб, ҳеч қачон апластик камқонликда учрамайди. Периферик қонда бласт хужайраларнинг бўлмаслиги ўткир лейкоз йўқ дейишга асос бўла олмайди. Чунки касалликнинг маълум босқичида бласт хужайралар қонга чиқмасдан қолади ва фақат суяк кўмиги текширилганда топилади. Сурункали лимфолейкозда абсолют лимфоцитоз бўлади, лимфогранулематозда панцитопения кам учрайди ва асосан суяк кўмиги касалланганда (IV босқичида) учрайди. Бу касалликнинг ўзига хос хусусияти шундан иборатки, бласт хужайралар (алейкемик босқичда) учрайди. Алейкемик босқичда вақт ўтиши билан бласт хужайралар қонда (лейкемик босқичида) пайдо бўлади.

2. Ўткир лейкознинг алейкемик босқичи деб таъхис қўйиш учун суяк кўмигини текшириш керак.

92-масалага жавоб. 1. Беморда суяк кўмигининг етишмовчилиги белгилари (камқонлик, тромбоцитопения геморрагик белгилари билан, нейтропения) ва хужайра пролиферацияси белгиларининг (талок ва лимфа безларининг катталашиши) бўлиши биринчи навбатда ўткир лейкоз бор деб ўйлашга мажбур этади. Хужайра пролиферацияси, агранулоцитоз ва идеопатик тромбоцитопеник пурпура апластик камқонликка хос эмас. Лимфоцитоз ва ретикулоцитознинг абсолют кўрсаткичи бўлмаслиги аутоиммун гемолитик камқошшқ асоратни қолдирган сурункали лимфолейкоз бор деб ўйлашга мажбур этади.

2. Ўткир лейкоз деб ташхис қўйиш учун суяк кўмигини текшириш керак (бласт хужайраларининг кўпайиши суяк кўмигини бутунлай метаплазияга олиб келиши мумкин).

93-масалага жавоб. 1. Қондаги бласт хужайралар, цитостатик дори таъсирида йўқолмаганида ремиссия бўлганлигини билиш учун суяк кўмигини текшириш керак. Суяк кўмигидаги бласт хужайралар 5% дан ошмаган бўлса, бутунлай ремиссия бўлган дейиш мумкин. Бундай ҳолатда ёрдамчи дорилар (ремиссияга келтирган цитостатик дорилар) бериб турилади. Агар суяк кўмигида бласт хужайралари 5% дан кўп бўлса, цитостатиклар билан даволашқи давом этказиш керак.

2. Ўткир лейкозда цитостатик дорилар хужайраларнинг лейкозга мойиллигини йўқотиш ва кучли цитопения бўлмаслиги (лейкопения, тромбоцитопения, камқонлик кузатилиши мумкин) учун берилади. Бу даврда «инфекцияли геморрагик белгилар асоратига мойиллик ортган бўлади. Шунинг учун бундай беморлар махсус асептик палаталарга жойлаштирилиши керак, агарда кучли тромбоцитопения бўлса, қонга тромбоцитлардан қўйиш керак. Бундай беморларни яхшилаб тозаланган ва ультрабинафша нурлари билан нурлантирилган палаталарга ётқизиш ва иложи бўлса бошқа беморлардан алоҳидалаб қўйиш керак.

ЭРИТРЕМИЯ

94-масалага жавоб. 1. Плеторик синдромнинг борлиги, қонда эритроцитлар, лейкоцитлар ва тромбоцитларнинг (панцитоз) кўп бўлиши ва талокнинг катталашиши беморда эритремия бор деб айтишга асос бўла олади. Эритремия кислород етишмовчилигидан келиб чиқадиган эритроцитлардан шуниси билан фарқ қиладики, унда эритроцитлар кўпайишидан ташқари лейкоцитлар, тромбоцитлар ҳам кўпаяди. Кўпинча эритремияни сурункали миелолейкоздан ажратиш қийин бўлади. Бундай ҳолларда эритремияда эритроцитларни, сурункали миелолейкозда гранулоцитларни, сублейкемик миелолейкозда эса тромбоцитларнинг кўпайишига эътибор бериш керак.

2. Эритремияни тасдиқлаш учун чанок суяги кўмигини гистологии текшириш керак.

95-масалага жавоб. 1. Плеторик синдромни касаллик бошланган пайтда қон чиқариб ташлаш йўли билан кузатиш мумкин. Эритремия қон ишлаб чиқарувчи хужайраларнинг усма касаллиги ҳисобланади ва бунда қонда тромбоцитлар сони кўпайиб, қоннинг ивиши кучаяди, тромб ҳосил бўлишига мойиллиқ ортади. Яна геморрагик синдром пайдо бўлиб, талок катталашиши кузатилади. Эритремияни даволашда қон чиқариб ташлаш фойда бермайди, шунинг учун уни бошқа йўл билан даволаш керак.

2. Эритремия касаллигининг бошланиш даврида тромбоцитлар, лейкоцитлар кўпайиб, талок катталашади, шунинг учун цитостатик дорилар билан даволаш керак. Эритремияни даволаш учун амифос (маркофен) берилади. Цитостатиклар билан биргаликда антиагрегантлар (курантил, трентал, ацетилсалицил кислота берилади. Антиагрегантларнинг ўзи берилса, тромбоцитларнинг кўпайишига таъсир қилмайди. Талок катталашиб миелофиброз бўлганда, талокнинг қайта инфарктида, портал гипертензияда (кўпинча бирламчи миелофиброзида) спленэктомия қилинади.

96-масалага жавоб. 1. Миелоиролифератив касаллик кўпинча талок инфаркти асоратини қолдиради. Талок, инфаркти яна миелолейкоз ва сублейкемик миелозда

кузатилиши мумкин. Талок инфарктини буйрак санчиғидан, миелопролифератив касалликни сийдикда қанд бўлишидан ва эритремиядан («иккиламчи подагра»дан) ажрата билиш керак. Бу касалликда буйрак жомчасида тош бўлишига қарамасдан пиелонефрит ка-саллиги деб айта олмаймиз.

2. Цитостатик дорилар билан биргаликда қон ивишига қарши дорилар (гепарин, фенилин), антиагрегантлар (курантил, трентал) ва янги муздан туширилган қон зардоби қуйилади.

КАМҚОНЛИКНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

97-масалага жавоб. 1. Беморда кўп ҳайз кўриш натижасида гипохром камқонлик пайдо бўлиб, темир тақчиллигидан келиб чиқадиган камқонлик бор деб ўйлаш мумкин. Аммо ташхисни тасдиқлаш учун темир препаратлари беришдан олдин қон зардобидagi темир миқдорини аниқдаш керак. Бу беморга қон зардобидagi темир миқдорини аниқламасдан туриб темир препарати-(гемостимулин) берилган. Шунинг учун қон зардобидagi темир миқдори кўп бўлган (22,5 мкмол/л) бўлиб, бу ҳақиқий қон зардобидagi темир миқдорини курсатмасдан, гемостимулин таъсирида кўпайганлигини кўрсатади. Гемостимулин кўпинча ични суради (25% ҳолларда), шунинг учун ҳозирги вақтда бу дори берилмайди. Қондаги ретикулоцитларнинг кўпайиши ва эритроцитларнинг етилиши темир препарате таъсирида фаоллашган.

2. Беморга гемостимулин бермасдан темир препаратлари сўрилишини яхшиловчи, таркибда аскорбинат -кислота бор феррокомплекс бериш керак.

98-масалага жавоб. 1. Беморнинг кўкраги ва тўш суяги оркасида оғриқ бўлиши стенокардия ва диафрагмал чурранинг рефлекс — эзофагитига ҳам ўхшаб кетади (горизонтал холда ётганда, овқат егандан кейин юғрикнинг кучайиши). Бемордаги гипохром камқонлик кўпроқ диафрагма чуррасига ўхшаб кетади, чунки бу тоифадаги беморларда қон йўқотиш натижасида (шиллик қават эрозиясидан) темир танқислигидан келиб чиқадиган камқонлик асорати бўлиши мумкин.

2. Темир танқислигида келиб чиккан камқонликни қон зардобидagi темир миқдорини текшириб аниқланади. Ахлат билан ажралган яширин қонни текшириш орқали, ошқозон-ичакнинг қаеридан қон оқаётганини аниқлаш мумкин. Гастроскопия ёрдамида ошқозоннинг жардия қисмидаги ва қизилўнгач шиллик қаватидаги ўзгаришни аниқлаш мумкин.

99-масалага жавоб. 1. Гемолитик камқонликни яреднизолон билан даволаб, унинг дозаси камайитрилганда касалликнинг қайталаниши талокни олиб ташлашга кўрсатма ҳисобланади. Агар спленэктомия қилиш мумкин бўлмаса, иммунодепрессантлар азатиоярин, циклофосфан) билан даволанади. Иммунодепрессантлар яна спленэктомиядан кейин (фойда бермаса) ҳам берилади. Гемолитик камқонликда беморга қон қуйилади. Яна бу касалликда ҳаётий кўрсатма бўлса (гемоглабин миқдори кескин камайиб, юрак етишмовчилиги бўлса), алоҳида текшириб ювилган эритроцитлар қуйилади.

2. Талок олиб ташлангандан кейин қон оқиши, септик асоратлари, тромбоз ва тромбоземболия кузатилиши мумкин. Иммунодепрессантлар берилганда цитопения ҳамда ич кетиш аломатлари бўлиши мумкин. Глюкокортикоидлар берилганда кушингоидизм, артериал гипертензия, қанд касаллиги, остеопороз, ошқозон яраси, инфекцияга берилувчанлик ва сил касаллиги келиб чиқиши мумкин.

СИСТЕМАЛИ ВАСКУЛИТНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

100-масалага жавоб. 1. Иситма кўтарилиши, бўғимларнинг оғриши, терининг шишиши, дисфагия системами склеродермия борлигини кўрсатади. Рейно синдромининг бўлиши бу касаллик учун хос бўлган белгилардан биридир. Склеродермияда шиллик ости қаватининг склерозга учраши натижасида қизилўнгач узина эластиклик қобилятини

йўқотиб, дисфагия бўлади. Яна бундай белгилар қизилунгач ракида, темир етишмаслигидан келиб чиққан камқонликда, дерматомиозитда учраб, уларда нормохром камқонлик бўлади. Дерматомиозитда мушаклар, шу жумладан томоқ мускуллари ҳам зарарланади.

2. Ташҳисни тўғрилигини текшириш учун кизилўнгачни рентген қилиш керак, бунда рак касаллиги ва кизилўнгач склеродермияси йўқлиги дифференциация қилинади. Системали склеродермияни тасдиқлаш учун терини биопсия қилиб морфологик йўл билан текшириш керак.

101-масалага жавоб 1. Системали қизил волчанканинг қайталанишига хомилани олдириш сабаб бўлган, катижада беморнинг аҳволи ёмонлашган, инфильтрация бўлиб ўпка туқимаси емирилган, терида ўзгаришлар булган ва волчанкали нефрит кучайган (шиш пайдо бўлиши, АГ булиши, қонда креатинин микдорининг ортиши). Ундан ташқари, қонда волчанка хужайраларк кўпайиши билан бирга волчанкали ўпка яллиғланиши бўлган.

2. Фаол жараёни тўхтатиш учун глюкокортикоидлар дозасини купайтириб (қунига 60 мг дан предвизолон бериш керак), кенг таъсир қилувчи антибиотиклар ва қон айланишини яхшиловчи (гепарин, трентал, реополиглюкин) дорилар берилса, ўпкадаги диссеминациялашган қон бузилишининг олди олинган бўлади.

102-масалага жавоб. 1. Вегнер гранулематози касаллиги системали васкулитлар гуруҳига кириб, унинг учта аломати бўлади; юқори нафас йуллари яллиғланади (бурун, томоқ), ўпка яллиғланади ва буйракда нефрит кузатилади. Кўпинча касаллик юқори нафас йўлларида бошланганлиги сабабли бемор кулоқ-томоқ-бурун касалликлари врачига боради. Кўпинча ўпкада ўзгариш бўлиб, сийдик синдром кучаяди. Касаллик кўпинча антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари берилгандан кейин қайталанади. Буйракда сурункали етишмовчиликнинг пайдо бўлиши ёмон оқибатларга олиб келади.

2. Бу касалликни даволаш учун глюкокортикоидлар, иммунодепрессантлар (кўпинча циклофосфамид) берилади. Агарда бу даво чоралари ёрдам бермаса, плазморефрез ва гемабсорбция қилиш керак. Комплекс даволаш билан биргаликда микроциркуляцияни яхшиловчи дорилар (гепарин, трентал) бериш керак.

ГЕМОГРАФИК СИНДРОМНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

103- масалага жавоб. 1. Беморда геморагик синдром натижасида тромбоцитлар микдори сезиларли даражада камайган, меноррагия, метроррагия, бурун қонаши ва терига қон қуйилиши кузатилган. Тромбоцитопеник пурпурада, ўткир лейкозда ёки апластик камқонликда тромбоцитлар кам бўлиши мумкин. Бу беморда ретикулоцитларнинг бўлиши суяк кумик функцияси бузилмаганлигини билдиради ва ўткир лейкоз, апластик камқонлик эмаслигини кўрсатади. Яна гранулоцитар усишнинг борлиги (суяк кумиги аплазиясига ўхшамайди) бундай касаллик эмаслигини тасдиқлайди. Бу беморда адиопатик тромбоцитопеник пурпура касаллигига ўхшаб (анамнезида узок вақт хайз қурганлиги, вақти-вақти билан бурни қонаб туриши) кетадиган касаллик қайталаниб, тромбоцитлар сони жуда камайган, геморагик синдром ва камқонлик булган. Қамқонликда ретикулоцитларнинг кўп бўлиши гемолиз бор-йўқлигига текширишга мажбур қилади. Аммо талоқнинг катталашмагани, иситма борлиги, билирубиннинг қуплиги қон кетаётганлигини кўрсатади.

2. Апластик камқонлик ва ўткир лейкоз йўқлигини билиш учун суяк кўмигини текшириш керак. Идиопатик тромбоцитопеник пурпурада суяк кўмигида кўплаб мегокариоцитлар аниқланиб, тромбоцитларни узига боғламаган ҳолда бўлади.

104-масалага жавоб. 1. Бу беморнинг мушакларн орасига, териси остига, қорин пардасининг орқа қисмига, сероз қаватига ва буғимларига қон қуйилиши давом этмоқда. Жароҳатлангандан кейин дарров қон қуйилмасдан, балки бир неча соат утгандан кейин қон қуйилади. Тиш олдиригандан кейин «кечки» қон кетиш булган. Гематомали қон

кетишдан ташқари, петехиал, ҳол-ҳолли (озгина жароҳатланишдан кейин теридан, милкдан, бурундан ва бачадондан қон кетиши мумкин), петехиал гематомали (гематомали), пурпурали васкулит (яллиғланиш ва шиш натижасида симметрик равишда теридан кутарилиб турувчи геморрагик тошмалар бўлади), улар ангиоматоз ва юлдузсимон турда бўлади. Гематомали қон қуйилиши асосан қон томирларда қон ивишини бузилиши натижасида (ички тромбопластин-лар ҳосил булишидан) ҳосил бўлади.

2. Ёшлигида гематомали қон қуйилишнинг бўлиши, % наслий хусусиятга эга бўлиб (отаси ёшлигида миясига қон қуйилишидан ўлган бўлиши мумкин), бўғим синдромининг бўлиши, беморда гемофилия касаллиш борлигини кўрсатади. Вақти-вақти билан бўғимлар ичига (кўпроқ тизза бўғимига) қон қуйилиб, яллиғланишли дистрофик ўзгаришнинг бўлиши касалликка хос белги ҳисобланади. Бу «иккиламчи ревматоидли синдром» бўлганлигини кўрсатади. Кўпинча бўғимлар зарарланганда глюкокортикоидлар берилса, яхши фойда қилади. Идиопатик тромбоцитопеник пурпурада, тромбоцитопенияда петехиал қон қуйилиши, геморрагик васкулитда эса васкулитли пурпурали қон қуйилиш белгилари касалликка хос ҳисобланади.

3. Гемофилия ташхисини тасдиқлаш учун VIII ва IX қон ивиш омилларини текшириш керак.

105-масалага жавоб. 1. Беморга билвосита таъсир қилувчи антикоагулянтлар берилганда петехиал қон қуйилиши кузатилган. Яна бундай қон қуйилиши тромбоцитопенияда, тромбоцитопатияда ва тромбоцитлар пайдо бўлишининг ташқи йўллари бузилганда ҳам кузатилади. Беморда касалликка асос бор (жигар циррози), билвосита таъсир қиладиган антикоагулянтлар геморрагик синдром пайдо бўлишига, протромбин ҳосил бўлишида қатнашувчи комплекс (II, V, VII ва X) омиллар ишининг сусайишига сабабчи бўлади.

2. Бу фикрни тасдиқлаш учун протромбин комплекси фаоллигини кўрсатувчи протромбин вақтини аниқлаш керак.

3. Геморрагик синдромни йўқотиш учун донорнинг қон зардоби қуйилиши керак.

МИЕЛОМ КАСАЛЛИГИ

106-масалага жавоб. 1. Касалликнинг клиник кўриниши камқонликка ўхшайди. Умуртқаларда деструктив ўзгаришларнинг неврологик белгилар билан бирга булиши, буйрак етишмовчилиги, ЭЧТ нинг тезлашганлиги миелом касаллигига ўхшайди. Электрофореграмма қилинганда парапротеинлар энсиз гомогенли чизиқ қолдириши, айниқса глобулин майдонида (М-градиенти) миелом касаллигининг асосий белгиларидан ҳисобланади. Бу касалликда миелом хужайралардан купгина моноклон иммуноглобулинли (парапротеинли) суюқликлар ишланиб чиқади. Камдан-кам вақтларда жигар циррозида, рак касаллигида, инфекцияларда (реактив-моноклон гаммапатия) бундай ўзгариш бўлиши мумкин. Яна М-градиент касаллик белгилари бўлмаган кишиларда ҳам учраши мумкин. Бундай пайтларда тез-тез динамик равишда текшириб туриш керак, чунки миелом касаллигининг бирорта клиник-гематологик ўзгаришлари бўлиши мумкин.

2. Миелом касаллигидан реактив моноклонли гаммапатияни дифференциация қилиш учун суяк кўмигини текшириш керак. Миелом касаллигида атипик плазматик (миелом) хужайралар 15—20% га етиши ва бутунлай миелом хужайраларни эгаллаши мумкин.

107-масалага жавоб. 1. Қамқонлик билан бирга сийдикда оқсил бўлиши ва қонда креатинин миқдорининг ортиб кетиши буйракда сурункали етишмовчилик борлигини кўрсатади. Беморнинг ёши, анамнезида буйрак касаллиги ва АГ нинг йўқлиги, қамқонликнинг креатинин миқдорида тўғри келмаслиги ва бир ой олдин ўсмаси операция қилиб олиб ташланганлиги миелом касаллиги борлигини кўрсатади. Бемордаги миелом

.касаллиги буйракни зарарлаган бўлиши ва ўсма касаллиги олиб ташлангандан кейин миелом касаллиги ривожланган бўлиши мумкин.

2. Миелом касаллиги борлигини тасдиқлаш учун суяк кумигини текшириш керак. Бундай касалликда буйрак касаллигини истисно қилиш учун вена орқали урография қилиш мумкин эмас. Буйракни биопсия қилиш суяк кўмигини текширишга қараганда қийин усул ҳисобланади. Буйрак каналчаларига протеин ёки амилоид ўрнашганини аниқлаш урография қилишга ҳожат қолдирмайди.

108-масалага жавоб. 1. Беморнинг сийдигида протеиннинг пайдо бўлиш сабаби аниқ бўлмаса оксилни электрофорез қилиш керак, чунки миелом касаллигининг айрим турида (Бенс-Жонс касаллиги) буйрак фильтри орқали протеин чиқиши мумкин. Қон зардобиди ёки сийдикда парепропротеин бўлиши ва суяк кўмигида 20%; дан ортиқ атипик плазматик хужайраларнинг топилиши миелом касаллиги бор дейишга асос бўлади.

2. Бене — Жонс миелом касаллигида иммуноглобулинларнинг енгил халқалари дисперс ҳолда филтрланиши ва буйракда концентрацияланиши, уларнинг қонда кам бўлиши (терминал буйрак етишмовчилигидан ташқари) кузатилиши мумкин. Миелом касаллиги бўлмаган буйрак нефритида сийдикни электрофорез қилинса, альбуминлар билан протеинлар аралаш бўлади.

ДИССЕМИНАЦИЯЛАНГАН ҚОН ТОМИРЛАРДА ҚОННИНГ ИВИШИ

109-масалага жавоб. 1. Септик ҳолатдаги беморнинг антибиотиклар билан тўла даволанганда тромбодитлар ва фибриногеннинг камайишига ва эталонли тестнинг мусбат бўлишига қарамадан буйрак етишмовчилигининг кучайишн диссеминациялашган қон ивиши синдромига ўхшайди. Септик ҳолат 80% ҳолда бу касалликни келтириб чиқаради. Бу касалликда бактерия протеазасн таъсирда ивиш системаси ва тромбоцитларнинг кучайиши рўй беради. Инфекция таъсирида қон эндотелиysi зарарланиб, тромбоцитларга, фибриногенга талаб ортади ва фибриномономер суюқлиги комплекси (эталонли тести мусбат бўлади) ҳосил бўлади.

2. Диссеминациялашган қон томирлардаги қоннинг ивиш синдромидаги гиперкоагуляция ва ўтиш фазасида ҳар 4 соатда 5000 ТБ дан венага томчилаб гепарин юбориш керак. Бундан ташқари, таркибиди антипротеаза фаоллиги ва қон ивиши компонентларини сақлаган, айниқса протромбин III сақлайдиган, янги муздан туширилган қон зардобини қуйиш керак. Антитромбин III билан гепарин бирга берилса қон ивишини секинлаштирмайди. Қон зардобиди 37° гача иситилгандан кейин венага олдин 600—800 мл дан, кейинчалик ҳар 4 соатда 300—400 мл дан ижобий натижа олгунча венага томчилаб қуйилади. Қон ивишини кучайтириши мумкин бўлган қон қуйилмайди.

110-масалага жавоб. 1. Беморда қон ивиш синдроми эндометритнинг септик босқичида ва бачадондан қон оқиши натижасида бўлган. Клиник кўринишида геморрагик синдромлар бўлиб, мианинг майда томирларида қон айланиши бузилган, ҳансираш ва буйрак етишмовчилиги кузатилган. Ҳансираш кўп миқдорда суюқлик қуйилиши натижасида бўлиши мумкин. Тромбоцитлар, фибриноген ва антитромбин III нинг камайиши бу касалликка хосдир. Бу касалликнинг гипокоагуляция даврида эталонли тест манфий бўлиши мумкин.

2. Диссеминациялашга қон ивиши касаллигида кўп миқдорда қон ва қон зардобиди ўрнини босувчи дорилар берилса, ҳансирашни кучайтириши мумкин.

3. Бу касалликнинг гипокоагуляция даврида янги муздан туширилган қон зардобини қуйиш мутлоқ кўрсаткич ҳисобланади. Янги гипокоагуляция даврида антипротеаза (контрикал, трасилол, гордекс) қуйиш буюрилади.

111-масалага жавоб. 1. Геморрагик панкреатит доимий равишда томирларда қон ивиши бузилишини келтириб чиқаради. Гипокоагуляция босқичида геморрагик синдромнинг бўлиши асосий белгилардан ҳисобланади. Бу касалликнинг патогенезида

майда қон томирларда қон айланиши бузилади, тромбоцитлар камаяди, фибринолиз маҳсулотлари тромбоцитлар агрегациясини блокада қилади, қон ивитувчи омилларни (I, V, VII, XII) жалб қилиш ёмонлашади. Беморнинг аҳволи ёмонлашиши, геморрагик синдром геморрагик шок таъсирида бўлиши мумкин. Фибриноген меъёрида бўлишига қарамасдан, беморнинг аҳволи ёмонлашиши қон ивиши бузилишининг асосий белгиси ҳисобланади. Гипокоагуляция босқичида эталонли тест манфий бўлиши мумкин.

2. Бу касалликда иложи борица тезроқ янги муздан туширилган қон зардобини қуйиш керак. Гипокоагуляция босқичида, ошқозон-ичакдан қон кетганда ва тромбоцитлар камайганда гепарин бериш мумкин эмас. Унинг ўрнига протеаза ингибиторини (контрикал, трасилол, гордекс) бериш керак. Контрикал 50 000—100000 дан венага томчилаб юборилади. Агар яна қон оқиши бошланадиган бўлса, қайтадан антипротеаза қуйилади. Бу касалликда асосий ўрин тутадиган, оксил парчаланишидан ҳосил бўладиган қондаги маҳсулотлар плазмодорез ёрдамида тозаланади.

СИСТЕМАЛИ КИЗИЛ ВОЛЧАНКА ВА БОШҚА ВАСҚУЛИТЛАР

112-масалага жавоб. 1. Системали қизил волчанка бемор туккандан сўнг қайталаниб, ўпкага, буйракка таъсир қилган ва уларнинг фаолиятини ёмонлаштирган. Волчанкали ўпка яллиғланишига инфекция қўшилга, (йирингли балғам ажратиш, нейтрофилли лейкоцитоз).

2. Системали волчанка қайталанганлиги учун преднизолон дозасини кунига 60—70 мг га ошириш керак. Бронх ва ўпка тўқималаридаги инфекцияга қарша (микробларнинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаб) антибиотиклар бериш керак. Дори таъсир қилмаса қон ёки қон зардобини қуйиш керак.

113-масалага жавоб. 1. Мушакларнинг бўшашиш, (миастения), қовоқларнинг осилиб қолиши (птоз), мушаклардаги оғриқ юз терисидаги тошмаларни ҳисобга олиб, беморда дерматомиозит касали бор деб ўйлаш. мумкин.

2. Дерматомиозит усма касаллиги бор беморларнинг Деярли ярмида кузатилади (ўсмали дерматомиозит), у кўпроқ катта ёшдаги одамларда учрайди. Дерматомиозит усма антигенлари таъсиридаги носпецифик паранеопластик белгилардан ҳисобланади. Беморнинг ёшини ва ўсмали дерматомиозит бўлганлигини ҳисобга олиб, коринда оғриқ, қонда қанд микдорининг ортганлиги учун ошқозон ости безида рак борлигини аниқлаш керак.

114-масалага жавоб. 1. Бемор С. нинг иситмаси кўтарилиб, бўғим мушакларида турли белгиларнинг бўлиши, буйракнинг зарарланиши, артериал қон босимининг кўтарилиши, вазнининг камайиши тугунли артерит касаллигига ҳосдир. Типик полиневрит, лейкоцитларнинг кўпайиши (кўпроқ лейкопения бўлади) ва озиб кетиш кабилар системали кизил волчанкага ўхшамайди. Шундай системали белгилар фаол ўпка силида ва бошқа аъзолар силида учраши мумкин. Анамнезида сил касаллигининг бўлмаслиги, иситманинг кўтарилиши, бўғимлар синдроми, полиневритлар ва рентген тасвири сил касаллиги йўқлигини кўрсатади.

2. Тугунли артритнинг фаол даврида глюкокортикоидларнинг ўртача дозаси (кунига 30—40 мг дан) ни бериш билан бирга иммунодепрессантлар (азотиоприн, циклофосфан, лейкокеран) берилади. Касалликнинг фаол даври ўтгандан сўнг бу дориларнинг ўртача дозасини узоқ вақтгача бериб туриш керак. Майда қон томирларда қон айланиши бузилганлигини ҳисобга олиб, уни яхшилаш учун гепарин, трентал, курантил, реополиглюкин бериш керак. Агар қилинган даво чоралари ёрдам бермаса, у ҳолда плазмодорез ва гемабсорбция қилиш керак.

ЖИГАР КАТТАЛАШГАНИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

115-масалага жавоб. 1. Бир йил Бирусли гепатит (Боткин касаллиги) билан

касаланганлиги ва вақти-вақти билан сарғайиш аломатлари кузатилиб туриши беморда сурункали гепатит борлигига гумон турдиради. Бемордаги иситма кўтарилиши, бўғимлар синдроми, плеврит, панцитопеия, системаларда ўзгариш келтириб чиқарган сурункали гепатит борлигини кўрсатади. Сурункали гепатитнинг бу кўриниши «липоид» гепатит эканлигини билдириб, қонда ЛЕ-волчанка хужайраларининг топилиши клиник кўринишдан системали қизил волчанкага ўхшаб кетади. Қондаги бу ўзгариш суяк кўмигининг зарарланишидан ҳосил бўлмасдан (ретикулоцитларнинг кўпайиши, суяк кўмиги фаоллигини кўрсатади) балки аутоиммун ўзгаришлар ҳисобига бўлган.

2. Сурункали гепатит эканлигини тасдиқлаш учун жигар пункцияли биопсия қилиниб, жараённинг фаоллиги аниқланади. ЛЕ- хужайраларнинг топилиши махсус белги бўлмасдан, балки сурункали гепатитда ҳам системали қизил волчанкада ҳам топилиши мумкин. Суяк кўмигини текшириш касалликни аниқ кўрсатмасдан, бу ўзгаришлар аутоиммун ўзгаришлар ҳисобига бўлганлигини кўрсатади.

116-масалага жавоб. 1. Жигарнинг тез катталашиши (бир ой ичида), каттик ва чеккаси нотекис бўлиши, талоқнинг катталашиши, қон томир юлдузчаларининг бўлиши, жигар циррози белгиларининг булмаслиги ва дарвоза қон томирлари босимининг бўлмаслиги биринчи ўринда бирламчи жигар раки борлигини кўрсатади.

2. Энг аниқ, текшириш усули қондаги альфа-фотопротеинни аниқлаш ҳисобланади. Бунда оксил бирламчи жигар тўқимасида ишланиб, буйрак орқали ажралади. Альфа-фотопротеин гепатит учун хос ҳисобланмасда, клиник белгиларининг борлиги жигарда рак. борлигига гумон тугдиради, касалликни тасдиқлаш учун қўшимча текшириш (жигарни скеннирлаш, ультратовуш ёрдамида текшириш ва ангиография қилиш) кераклигини такозо қилади.

117-масалага жавоб. 1. Юрак ўнг қоринчасининг етишмовчилигида жигар катталашиши мумкин. Эшитиб кўрилганда юрак қопқоқлари етишмовчилиги белгилари бўлмасда, анамнезида юрак касаллиги борлиги, рентгенда перикардга кальций тузларининг ўтириши, констриктив перикардит ва юракнинг ўнг қоринчаси етишмовчилигини келтириб чиқариши мумкин. Констриктив перикардит сурункали перикардитлар гуруҳига кириб, яллиғланиш натижасида перикардда қўшувчи тўқима ҳосил бўлиб ёпишиб қолиши мумкин. Бу беморларнинг ярмидан купиди перикардга оҳак ўтириб қолиши мумкин. Перикарднинг ёпишиб қолиши юрак ҳажмини кичрайтириб, диастола вақтида кенгайишига тўсқинлик қилади. Констриктив перикардит кўпинча сил касаллигида кузатилади. Перикардга тузларнинг ўтириб қолиши муҳим ташхисий белги ҳисобланади.

2. Констриктив перикардитни даволашнинг ягона йўли жаррохлик йўли билан ёпишган перикард чандиқларини кесиш ҳисобланади.

ЎТ ПУФАГИ ВА ЎТ ЙУЛЛАРИ КАСАЛЛИГИ

118-масалага жавоб. 1. Ўнг қовурға остида оғриқ бўлиб, қайт қилиш, ахлат рангининг ўзгариши ўт-тош касаллигига ҳосдир. Ўт пуфагида яллиғланиш борлиги эҳтимолдан ҳоли эмас (иситма кўтарилиши, пайпаслаб кўрилганда оғриқ бўлиши).

2. Анамнезида стенокардия бўлганлигини ҳисобга олиб ЭКГ қилиш керак. Ўнг томонда нафаснинг сусайганлигини ҳисобга олиб кўкрак кафасини рентген қилиш керак. Ўт-тош касаллигини аниқлаш учун ультратовуш ёрдамида текшириш керак.

119-масалага жавоб. 1. Беморда тез-тез ўт-тош касаллиги хуруж қилиб туриши ўт йўллариининг беқилиб қолганлиги (терисининг сарғайганлиги, ахлат рангининг оқарганлиги) ўт пуфаги яллиғланганлигини кўрсатади. Бу эса ўт суюқлиги димланишига олиб келган. Жигар абсцессига ухшамайди, билирубин ва холестериннинг кўпайиши эса жигарда ўчоқли ўзгариш йўқлигини кўрсатади.

2. Жигар абсцессини аниқлаш учун жигарни ультратовуш ёрдамида скеннирлаш усули билан текшириш керак. Иложи бўлса жигарни лапароскопия қилиб текшириш, ўт

суяқлигини эса экиш йўли билан текшириш керак.

120- масалага жавоб. 2. Биринчи навбатда ўт пуфаги рақ бор-йўқлигига текширилади. Чунки кўпинча ут-тош касаллиги ва холецистит бўлгандагина рақ касаллиги келиб чиқиши мумкин. Ут пуфаги ракида ва ўт йўли торайганда кўпинча ўнг қовурға остида оғриқ, сезилади, тана сарғаяди бемор бўшашиб, озиб кетади. Тез ривожланувчи рақ касаллиги тезда бошқа жойларга тарқайди. Секин ривожланувчи рақ эса ўзининг кўринишига кўра ўт пуфаги яллиғланишига ўхшаб кетади.

2. Рентгенография, эндоскопия, холангиопанкреатография ва ультратовуш ёрдамида текшириш аниқ ташхис қўйишга катта ёрдам беради.

САРИҚЛИКНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

121-масалага жавоб. 1. Куз шох пардасининг сарғайиши, ретикулоцитлар йўқ бўлсада билирубиннинг ортганлиги, жигар ва талоқнинг катталашгани, трнсаминаза фаоллигининг ортиши ва холестериннинг ортиши касалликнинг асосий белгиси ҳисобланади. Буларнинг ҳаммаси Жильбер туридаги хавфсиз гипербилирубинемия эканлигини кўрсатади. Касаллик кўпроқ эркакларда учрайди ва наслдан-наслга ўтади. Касаллик сурункали бўлиб, оғир жисмоний зўриқишдан кейин сариқлик кучаяди, бемор совқотади. Кўпинча улар кўзгалувчан, жиззаки, ўзидан ва атрофдагилардан норози бўлиб юрадилар. Бу касалликка асосан билирубиннинг жигар хужайраларига ўтиши ва глюкурон билирубиннинг ўзгариши сабаб бўлади.

2. Юқоридаги текшириш усулларининг ҳаммаси ҳам ташхисни тасдиқлаш учун қўлланилавермайди. Хавфсиз гипербилирубинемияни текшириш учун қонда трансаминаза йўқлигини билиш, жигарни биопсия қилиш ва ультратовуш ёрдамида текшириш керак.

122-масалага жавоб. 1. Баданнинг сарғайиши, терининг қичишиши, жигарнинг катталашгани, қонда холестерин кўпайганлиги беморда холестатик гепатит борлигини билдиради. Ўткир вирусли гепатитда трансаминаза кўпаяди, гемолитик камқонликда ретикулоцитлар кўпаяди. Хавфсиз гипербилирубинемияда эса боғлангаш билирубин кўп бўлади.

2. Холестатик гепатитда узоқ вақт анаболик гормов қабул қилинса, холестаза ҳамда Бирилизация асоратж қолиши мумкин. Шунинг учун анаболик гормон беришни тўхтатиш керак.

123-масалага жавоб. 1. Вақти-вақти билан баданнинг сарғайиши, боғланмаган билирубиннинг кўп бўлиши, талоқнинг катталашиши, ретикулоцитларнинг кўпайиши беморда гемолитик камқонлик борлигини кўрсатади. Беморнинг ўғлида ҳам касалликнинг бўлиши наслдан-наслга ўтувчи микроцитар камқонлик (Минковский-Шоффар касаллиги) борлигини билдиради. Лейкоцитларнинг кўпайиши, қон формуласининг чапга, силжиши ва ретикулоцитларнинг пайдо бўлиши беморда касаллик қайталанганлигини курсатади. Бу касалликда эритроцитлар мембранаси етишмовчилиги натижасида эритроцитлар талоқдаги ингичка қон томирдан ўтаётганда ўз шаклини ўзгартириш қобилиятини йўқотади. Бу касалликнинг наслдан-наслга ўтувчи аутосомдоминант туридир.

2. Касалликка ташхис қўйиш учун эритроцитларда морфологик шакли текшириш усулини қўллаш керак. Микросфероцитоз бўлганда қон суртмасида микроцитлар ва сфероцитлар куринади.

3. Касалликни ягона даволаш йўли спленэктомия; ҳисобланади. Яъни эритроцитларни парчалаш манбаи йўқотилади. Аммо эритроцитлар мембранаси етишмовчилиги (микросфероцитоз) сақланиб қолади. Тез-тез гемолитик криз бўлиши, гемоглобин миқдорининг кўпайиши, холестаза бўлиши спленэктомияга курсатма бўлади (микросфероцитоз натижасида ўт плейохромия бўлиб, ўт пуфагида кальций тузлари чўкиб қолади).

АОРТА КЛАПАН ҚОПҚОҚЛАРИДАГИ НУҚСОНЛАР

124-масалага жавоб. 1. Чап қоринча катталашгани (юрак учи турткиснинг кучайиши) протодиастолик шовқин (Боткин нуқтасида), пульс босимининг ортиши аорта қопқоқлари етишмовчилигини кўрсатади. Бундай касаллиги бор беморларда ҳам юрак мушаклари катталашиб, ишемия бўлиши натижасида стенокардия хуружи тутиши мумкин. Касалликнинг клиник кўриниши аорта қопқоқлари етишмовчилигига ўхшайди, лекин бор маълумотлар аорта қопқоқлари етишмовчилигини тасдиқлаш учун камлик қилади. Бунинг учун аортанинг зўриқишга чидамлилигини, диастолик шовқин кучини, пульс босими регургитациясини аниқлаш керак.

2. Жисмоний ҳаракатни чегаралаш керак, чунки зуриқиш стенокардияки кучайтириши мумкин. Беморда аорта қопқоқлари етишмовчилиги деб биринчи марта ташхис қўйилаётгани учун уни албатта касалхонага ётқизиш керак, касаллик кайталамаслиги (аорта қопқоқлари етишмовчилиги 80% ҳолда ревматизм натижасида келиб чиқади) учун инфекцияли эндокардитнинг олдини олиш чораларини кўриш керак. Бундан ташқари, жарроҳлик йўл билан даволаш муддати аниқланиши керак.

125-масалага жавоб. 1. Ўнг томондаги II қовурға оралиғида дағал систолик шовқин бўлиши ва уни аорта бўйлаб тарқалиши, эхокардиография маълумотлари аорта тешиги стенози борлигини кўрсатади. Систолик артериал босимнинг юқори бўлиши (аорта склерози натижасида) стеноз борлигини аниқлашни тақозо қилади (қон айланишида ўзгариш бўлмайди, пульс босими кам ўзгаради). Стеноз кам бўлганлиги учун пайпаслаганда қалтираш кузатилмайди. Кўп сабабларга кўра аорта стенозини келтириб чиқариши мумкин. Аорта қопқоқларига кальций чўкиб қолиши касалликнинг оғирлигини кўрсатмайди. Протодиастолик шовқиннинг йўқлиги аорта қопқоқлари етишмовчилиги йўқ дейишга асос бўла олади.

2. Катта ёшдаги одамларда аорта тешиги стенози ва қопқоқларига кальций ўтириши унчалик кучли бўлмасада у юрак қон томирларидаги етишмовчиликни кучайтиради. Бундай стеноз асосан аорта склерози кучайиши натижасида қопқоқларда дегенератив ўзгаришлар, ҳосил қилади. Бемор ревматизмга қарши даволаш чораларига муҳтож эмас. Бу беморнинг юрагини даволаш керак.

126-масалага жавоб. 1. Орттирилган тажрибаларга асосан аорта қопқоқлари етишмовчилиги билан оғирган беморларда чап қоринча етишмовчилигининг бошланиши операция йўли билан даволашга кўрсатма ҳисобланади. Агар касалликка ўнг қоринча етишмовчилиги қўшилган бўлса, бу юрак мушаклари зарарланганлигини ва операция қилиш ҳам ёрдам бермаслигини кўрсатади. Шунинг учун беморни фақат юрак гликозидлари билан даволаш керак.

2. Касалликка ўнг қоринча етишмовчилиги қўшилганлиги учун беморда ҳаво етишмовчилиги белгиси кам бўлган. Чап қоринчанинг зўриқиб ишлаши натижасида кичик қон айланиш системасида димланиш келиб чиққан, бу эса ўнг қоринчанинг ҳам сусайишига олиб келган. Бу даврда кўпинча бемор ўзини яхши ҳис қилади, чунки ўнг қоринча етишмовчилиги ўпкада димланиш камайишига олиб келади. Катта қон айланиш доирасида димланиш бўлиши (ревматизм ва инфекция сабаблш бўлмаса) юрак мушакларида тикланиши қийин бўлган ўзгаришларни келтириб чиқаради.

МИТРАЛ КЛАПАН ЕТИШМОВЧИЛИГИ

127-масалага жавоб. 1. Якка ҳолда митрал клапааг етишмовчилиги кам учрайди. Амалиётда юрак етишмовчилиги ташхисини қўйиш қийин бўлганда бундаш ташхис қўйилади. Эшитиб ва рентгенологик йўл билан текширилганда, юракнинг чап қоринчаси тукиллатиб кўрилганда катталашгани яхши аниқланмайди. Агар кўп йилдан бери юрак қопқоқлари етишмовчилиги мавжуд булса (систолик шовқин 4 йилдан кам бўлмаса) чап бўлмача сезиларли даражада катталашган бўлади.

2. Агарда қизилўнгачга контраст модда юбориб рентгенда текшириш ҳам хулоса қилишга ёрдам бермаса, у ҳолда беморни эхокардиография қиладиган муассасаларга юбориш керак. У ерда юракнинг чап қисми ўлчамлари ва қопқоқларининг ўзгарганлиги аниқланади. Жарроҳлик йўли билан дано қилинганда қанчалик ўзгариш борлиги яққол намоён бўлади. Унча кучли ўзгариш бўлмаганда операциясиз даволаш мумкин.

128- масалага жавоб. Аёлнинг аҳволи ёмонлашиши бўлмачалар ҳилпиллашини келтириб чиқарган ревматик митрал стенозга ўхшайди.

2. Қизилўнгачга контрас модда юбориб юракни рентгеноскопия қилиш ва эхокардиография қилиш ташхисни тасдиқлайди ва юрак қопқоқлари етишмовчилиги қай даражада (бўлимлар ўлчами ва кичик кон айланилишидаги димланиш белгисига қараб) эканлигини аниқлайди. Текшириш пайтида ревматизм фаоллаги ҳам аниқланади.

129-масалага жавоб. 1. Юрак қопқоқлари етишмовчилиги узоқ вақтдан бери давом этаётганлиги, бўлмачаларнинг сезиларли даражада катталаниши, юрак мушаклари ахволининг ёмонлиги, ҳилпиллаши доимийлиги сабабли юрак ритмини тиклаб бўлмайди. Бундай вақтда юрак ритмини маромига келтириш жуда қийин бўлади (хинидиннинг юқори дозасини ва кучли электр фазрядини бериш керак. Юрак ритми маромига келган тақдирда ҳам касаллик қайталаниши ва қилинган ҳаракатлар бефойда бўлиши мумкин. Анамнезида тромбозболия бўлса киска вақтга ритми маромга келтириш қайта тромбоземболия хавфини туғдиради.

2. Бундай етишмовчиликда митрал ва аорта қопқоқлари ўрнига протез копоқлар қўйилади. Қардиомегалия ва юрак етишмовчилиги (камида икки йил бўлган бўлса) юрак мушаклари ёмон ахволда эканлигини кўрсатади. Бундай ҳолда операция йўли билан юрак иллатлари йўқотилса ҳам қон айланиши яхшиланмайди. Фойдали операция қилиш вақти қўлдан бой берилган ҳисобланади. Беморнинг ахволини яхшилаш учун парҳез тутиш, жисмоний ҳаракат қилмаслик ва доимий равишда (дигоксин билан) даволаниш керак, буни беморга тушунтириш зарур.

ИНФЕКЦИЯЛИ ЭНДОКАРДИТ

130-масалага жавоб. 1. Беморга кунига 3 млн дан пенциллин тайинланиб, тиш олдиришдан икки соат олдин биринчи инъекцияни қилиш керак. Пенициллинга сезувчанлик бўлмаса цефалоспорин ёки бошқа дорилар берилади. Ревматизм қайталамаслиги учун қилинган бициллин-5 стрептококкларнинг пенициллинга сезувчанлигини камайтиради.

2. Инфекцияни олдини олиш мақсадида дори билан даволаш бефойда бўлибгина қолмай, зиёнли ҳамдир. Бунда антибиотикларнинг микробларга таъсири камаяди ва бактериемия бўлади. Шунинг учун тиш олишда (бактериемиядан) эҳтиёт булиш керак. Ревматизм қайталанишининг олдини олиш учун қилинган бициллин-5 ва унинг дозасини икки барабар кўпайтириш инфекцияли эндокардитнинг олдини ололмайди, чунки у конда антибиотик миқдорини етарли даражада ҳосил қилмайди.

БЎҒИМ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

131-масалага жавоб. 1. Беморнинг тупик бўғими яллиғланиши, кўз шох пардасининг яллиғланиши, уретрит ичак ва сийдик йўллариининг микроб таъсирида артерит бўлганлигини (Рейтнер синдроми) кўрсатади. Бу касалликнинг уч хил белгиси бор артрит, конъюнктивит ва уретрит. Артрит оёқнинг тизза, тўпик ва панжа бўғимларини касаллантиради. Кўпинча чанок ва умуртқа бўғимлари зарарланади. Оёқ товонида ҳам яллиғланиш кузатилиши мумкин. Кўпинча артрит билан эркаклар касалланади, касаллик гистонуюносиб (несовместимо) антигенли HLA — В 27 билан боғлиқ бўлади. Касалликнинг этиологии омили ичак ва сийдик йўллари инфекцияси ҳисобланади (кўпроқ хиламидин). Бу кнфекцияга детерминли генетик иммунлар жавоб бериб, бўғимлар

синдроми пайдо бўлади.

132-масалага жавоб. 1. Тўладан келган одамларнинг катта бўғимларида оғрик бўлиши, унинг жисмоний ҳаракат қилганда кучайиши, бўғимлар атрофининг шишиши, юрганда бўғимларнинг кирсиллаши ва рентгенологик текширишда бўғим юзасининг нотекис бўлиши тизза ва чанок бўғимларининг деформацияси туфайли келиб чикқан артроз деб ташхис қўйишга имкон беради. Бунга иккиламчи ўнг тизза ва оёқ бўғимлари (панжа) синовитлари ҳам (Герберден тугуни) дейилади. Катта бўғимларда ўзгариш борлиги, оғрикнинг ҳаракат қилганда кучайиши ҳамда узоқ вақтдан бери касал бўлишига қарамасдан, эрталаб бемалол ўрнидан туриши ва бўғимлар деформацияси ревматоидли артрит эмаслигини кўрсатади.

Подагра артрити кўпинча эркакларда учраб, оёкнинг биринчи бармоғи бўғимини зарарлайди. У ўткир артритга ўхшаб бошқа бўғимларни ҳам касаллантиради ва бўғимларда подагра тошини (сийдик кислотаси юмшоқ тўқималарда йиғилиб қолади) хосил қилади. Бунда буйраклар ҳам касалланади (сийдик-тош касаллиги, иккиламчи пиелонефрит бирга кечади).

2. Деформацияловчи остеоартрозни даволашда оғрик синдромини ва бўғим атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг реактив яллиғланишини йўқотиш керак. Бундан ташқари, касалликнинг кучайиши олдини олиб, иш фаолиятини яхшилаш зарур. Бўғимлардаги оғрик ва синовитларни даволаш учун ностероид яллиғланишга-қарши дорилардан гидрокортизон бўғимларга юборилади, электрофорез қилинади ва кальций хлор берилади. Касалликнинг зўрайиши олдини олиш ва бўғимга зўр келмаслиги учун беморнинг ҳаракати чекланади ёки қўлтиқтаёқ билан юради. Касалланган бўғимнинг иш фаолиятини тиклаш учун даволаш жисмоний тарбия машқларини қўллаган ҳолда олиб борилади, бўғимлар атрофидаги мушаклар массаж қилинади.

133-масалага жавоб. 1. Ностероид яллиғланишга; қарши бериладиган дорилар даволаш чоралари бўлибгина қолмай, у тўғри ташхис қўйишга ҳам ёрдам беради. Касаллик белгиларининг бутунлай йўқолиб кетиши инфекцион полиартрит борлигини кўрсатади. Бу касалликда гиперурекемик дорилар берилмайди, чунки қонда сийдик кислотасининг йўқлиги иодаграли артрит йўқлигини кўрсатади. 4- аминохинолин препаратларидан; далагил буюрилса, у бир неча ҳафта ёки бир неча ойдан кейин таъсир қилади. Шунинг учун турли сабабларга кўра пайдо бўлган артритларда буюрилмайди. Ревматоидли полиартритда системали зарарланиш бўлмагандагина глюкокортикоидлар берилади. Пенициллин, полиартритнинг инфекцияли фаол даврида (бурун, томоқ, бронх, ўпка, сийдик йўллари касалликларида) берилади.

ДОРИЛАР ТАЪСИРИДА БЎЛАДИГАН АСОРАТЛАР

134-масалага жавоб. 1. Пневмонияси бор беморда иситманинг қайталанишига касалликнинг қайталаниши ёки дориларга аллергик реакция сабаб бўлиши мумкин. Ўпкадаги янги ўзгаришлар (клиник ва рентгенологик) ва бемор аҳволининг ёмонлашиши ҳам дориларга аллергик реакция натижасида бўлиши мумкин. Кўпинча пенициллинга аллергик реакция бўлишини эсдан чиқармаслик керак. Қонда эозинофилларнинг кўпайиб кетиши аллергик белгиларни тасдиқлайди.

2. Иситма сабабини билиш учун дори беришни икки кун тўхтатиб (бу давр ичида беморнинг аҳволи яхшиланиб, иситмаси нормага тушади ва аллергик белгилар камаяди) туриш, қон анализини ва рентгенологик ўзгаришларни кузатиш керак. Пенциллин дозасини қупайтирсак, шошилган ва адашган бўламиз.

3. Иситма кўтарилиши, эозинофилларнинг кўпайиши пенциллинга аллергик реакция деб қўйган ташхисимизни тасдиқлайди.

135-масалага жавоб. 1. Беморни антибиотиклар билан даволаш керак, юқори нафас йўллари яллиғланганда тетрациклин қаторидаги (метациклин) дорилар берилса, аллергик реакция пайдо бўлиши камаяди.

2. Беморда юқори алергик ҳолат бўлганлиги учун алергик реакция хавфи юқоридир. Беморни касалхонага ётқизиб, врач назоратида даволаш керак. Касалхонага жўнатилаётганда йўлланма варақасига аввалги дориларга алергик реакцияси борлигини ёзиб қўйиш керак. Агарда беморга бошқа дорилар (балғам кўчирувчилар) бериладиган бўлса, ҳар бир дорига сезувчанлигини аниқлаш керак (агар беморнинг аҳволи кўтарса), бунинг учун 1—2 кун ўтказиб дори бериш керак. Агар алергик реакция кузатилса, гистаминга қарши дорилар берилиб, алергияси камайтиради. Бемор касалхонада кўрсатилган вақтдан кўпроқ ётадиган бўлса, бошқа беморлар олаётган дорилар таъсирида алергия яна кучайиши мумкин.

136-масалага жавоб. 1. Амидопирин билан даволанаётганда иммун (гаптенли) агранулоцитоз иккинчи инфекция натижасида бўлишини эсда тутиш лозим. Бу айрим ферментларнинг етишмаслиги ва дори дозасига боғлиқ эмас. Бундай реакция 80 000 кишидан биттасида кузатилади. Дори ичилганда иммун агранулоцитоз бўлса, унинг 80% и амидопирин таъсирида бўлади. Амидопирин билан даволанаётган беморда ангина пайдо бўлиши иммун агранулоцитоз белгисидир.

2. Амидопирин беришни тўхтатиб (пенициллин билан даволаб, томокни антисептик дорилар билан чайиш керак), тезлик билан гранулоцитлар саналса ташхис қўйиш осон бўлади.

ИСИТМАНИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ҚИЛИШ

137-масалага жавоб. 1. Вақти-вақти билан иситма кўтарилиши, лимфа безларининг катталашishi, қондаги ўзгаришлар (нейтрофилли лейкоцитларнинг камайishi) хавфли лимфагранулематозга ўхшайди. Йиринг оқиб турадиган жой бўлмаганлиги эса ўпкада сил лимфаденити йўқлигини кўрсатади. Қонда лимфоцитларнинг кўпайishi сурункали лимфолейкоз йўқлигини кўрсатади, моноцит ва атипик ҳужайралар, ангина йўқлиги ҳамда орқа бўйин лимфа безларининг катталашмаганлиги инфекцияли монокүлеоз йўқлигини тасдиқлайди. Саркоидоз касаллиги номаълум сабабларга кура пайдо бўладиган касаллик бўлиб, бунда бронх лимфа безлари симметрик равишда катталашади. Бу касалликда Т- ҳужайралар иммунитети бузилган бўлиб, туберкулин синамаси манфий бўлади (энг зарур ташхисий синама ҳисобланади). Саркоидоз касаллигининг маълум даврида сил касалидан, лимфагранулематоздан, лимфоидли саркомани медиастинал (кўкс оралиғи) лимфа безларига тарқалган саркомадан дифференциация қилиш керак. Бу касалликда туберкулин синамасининг мусбат бўлиши саркоидоз касаллиги эмаслигини кўрсатади.

2. Лимфагранулематоз касаллигини тасдиқлаш учун лимфа безини пункция қилиб, гистологии йўл билан текшириш керак. Бу касалликда лимфа безларини морфологик текшириш усули ташхисни тасдиқловчи усуллардан бири ҳисобланади.

138-масалага жавоб. 1. Иситма кўтарилиши, антибиотикларга сезувчанлик йўқлиги, камқонлик синдроми, ЭЧТ-нинг ортиши (70 мм/соат), гематурия ва белда оғрик бўлиши гипернефрома борлигини билдиради. Суяк кўмигида плазма ҳужайраларининг кўпайishi кўпинча инфекцияли касалликларда, қўшувчи тўқималарнинг диффуз касалликларида, хавфли ўсма касаллигида ва гипернефрома касаллигига организмнинг реакцияси ҳисобланади (И.А.Кассирский ўз вақтида бу симптомларни ёзган). Бемор организмда сийдик-тош касаллигининг бўлиши сурункали пиелонефрит касаллигини кайталантириши мумкин, сийдикда лейкоцитларнинг бўлмаслиги, қалтираш, АГ, пенициллиннинг фойда бермаслиги ва камқонлик синдромининг бўлиши пиелонефрит касаллиги йўқлигини кўрсатади. Камқонликнинг кучайishi ва ЭЧТ нинг жуда ҳам тезлашганлиги миелом касаллигига ўхшайди. Аммо плазматик ҳужайралар борлиги миелом касаллиги эмаслигини кўрсатади. Анамнезида ва текшириш вақтида протеинларнинг бўлмаслиги, АБ нинг нормада бўлиш, иситма кўтарилиши ва буйрак етишмовчилигининг йўқлиги сурункали гломерулонефрит касаллигига ўхшамайди.

Тугунли артритда бутун система касалланади, А/Б ортади, юрак, ўпка, асаб системаси зарарланади, бемор озиб кетади, конда лейкоцитлар микдори кўпаяди.

2. Гипернефрома касаллиги борлигини текшириш учун обзорли рентгенография, урография қилиш, буйракни ангиография ва компьютерли томография қилиш. керак.

139-масалага жавоб. 1. Қайталовчи корин оғриши хуружининг бўлиши жарроҳлик касаллигининг йўқлиги, плеврит ва иситма кутарилиши, беморнинг акаси ва онасида шундай симптомларнинг кузатилиши, буйрагида амилоидоз асорат қолдиргани миллатга хос даврий касаллик эканлигини кўрсатади. Бу касаллик наслдан-наслга ўтадиган касаллик бўлиб, қайталаб туради. Сероз (плеврит, перитонит) ва синовиал каватни касаллантиради. Кўпинча миллатларга (арман, яхудий) хос касалликдир. Даврий касалликда асосан беморлар буйрак амилоидози ва сурункали буйрак этишмовчилигидан вафот этишлари мумкин. Асосан касалликни клиник кўринишига қараб (торакал, абдоминал, иситмали ва аралаш) ҳар хил ташхис қўйиш мумкин, яъни ўткир ўпка яллиғланиши, миокард инфаркти, қовурғалар оралиғи нервлари невралгияси кабиларга гумон қилиниб ташхис қўйиш мақсадида лапаратомия қилинади. Системали қизил волчанка касаллигига ўхшамайди, чунки бўғимлар синдроми, терининг зарарланиши, лейкоцитларнинг камайиши аниқланмайди. Сийдик синдромининг борлиги буйрак амилоидозига ўхшайди, лекин ўткир пиелонефритга ўхшамайди (лейкоцитларнинг сийдикда унча кўп бўлмаслиги, оксилнинг кўпайганлиги).

2. Даврий касаллик эканлигини тасдиқлаш учук милкдан ёки тўғри ичакдан биоптат олиниб, амилоидоз борлигига текширилади. Амилоидоз кўпинча буйракда бўлади. Агар буйракда амилоидоз борлиги аниқланса, даврий касаллик асорати эканлигини тасдиқлайди.

МУНДАРИЖА

Кириш

Сўз боши

I бўлим. Нафас аъзолари системаси бўйича тиббий масалалар

Ўткир пневмониялар

Сурункали пневмония ва Ўпканинг йирингли касалликлари

Бронхнал астма

Плевритлар

Ўпка инфильтратларини дифференциация қилиш

Бронхлар обструкциясини дифференциация қилиш

Ўқир ва сурункали нафас етишмовчилиги

Ўпка артерияси тромбозмболияси

Ўпка-юрак етишмовчилиги

Ўпканинг диффуз касалликларини дифференциация қилиш

Кўкрак қафасидаги оғриқни дифференциация қилиш

Гипертония касаллиги

Симптоматик артериал гипертония

Миокард инфаркти

Юрак ритми бузилишининг дифференциацияси ва уни даволаш

Аритмия, блокада

Юракнинг ишемик касаллиги

Перикардитлар

Ошқозон-ичак касалликлари бўйича клиник масалалар

Носпецифик ярали колит. Крона касаллиги

Ошқозон-ичакдан қон кетишини дифференциация қилиш

Сурункали энтероколит ва ичак раки

«Ўқир қорин» синдромини дифференциация қилиш

Сурункали панкреатит, ошқозон ости беги раки

Темир етишмовчилигидан келиб чиқадиган қамқонлик

Витамин В₁₂ишмаслигидан келиб чиқадиган қамқонлик

Сурункали лимфолейкоз

Сурункали миелолейкоз

Гемолитик қамқонлик

Апластик қамқонлик

Ўқир лейкоз

Эритропения

Қамқонликни дифференциация қилиш ва даволаш

Системали васкулитни дифференциация қилиш

Геморрагик синдромни дифференциация қилиш

Миелом қамқонлиги

Диссеминацияланган қон томирларда қоннинг ивиши

Системали кизил волчанка ва бошқа васкулитлар

Жигар қатталашганини дифференциация қилиш

Ут пуфаги ва ут йўллари қамқонлиги

Сарикликни дифференциация қилиш

Аорта қлапан (қопқоқ)ларидаги нуксонлар

Митрал қлапан етишмовчилиги

Инфекцияли эндокардит

Бўғим қамқонликларини дифференциация қилиш

Дорилар таъсирида бўладиган асоратлар

Иситмани дифференциация қилиш

Масалаларнинг жавоблари ва тахлили

Ўқув наири
М.А. ХЎЖАМБЕРДИЕВ, А.А.МИХАИЛОВ, Н.С.МАМАСОЛИЕВ

**ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР БЎЙИЧА
ТИББИЙ МАСАЛАЛАР**

Тошкент, Ибн Сино нонидаги нашриёт-матбаа бирлашмаси, Навоий кучаси, 3

На узбекском языке
М.А.ХЎЖАМБЕРДИЕВ, А.А.МИХАИЛОВ, Н.С.МАМАСАЛИЕВ.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ
ПО ВНУТРЕННИМ БОЛЕЗНЯМ**

Ташкезт, издательско-полиграфическое объединение имени Ибн Сино
Навои, 30.

Тахририят мудири *Б. В. Мансуров*
Мухаррир *М. Қодирова*
Бадий муҳаррир *Э. Валиев*
Техн. муҳаррир *В. Мешчерякова*
Мусахҳиҳ *С. Абдунабиева*
ИБ 2102

Босмахонага 16.03. 94. да берилди. Босишга 09. 08 94. да рухсат этилди. Бичими 84X108¹/₃₂. Газета қоғози. Юқори босма. Адабий гарнитур. Шартли босма табоқ 7,56. Нашр. босма табоқ 8,03. Шартли бўёқ-оттиски. Жами 10 000 нусха. 4395 рақамли буюртма. Нархи шартнома асосида. рақамли шартнома.

Ўзбекистон Республикаси Давлат матбуот кўмитасининг 1-босмахонасида босилди.
700002, Тошкент, Сағбон кўчаси, 1-берк куча, 2-уй.