

Бухоро давлат тиббиёт институти

«Ички касалликлар пропедевтикасида беморларни бевосита текшириш
усулларининг ўрни ва аҳамияти» номли ўқув қўлланма

Сўз боши

«Ички касалликлар пропедевтикасида беморларни бевосита текшириш
усулларининг ўрни ва аҳамияти» номли ўқув қўлланмада бугунги кунда ўқув
жараёнига илғор педагогик технологияларни ва амалий фаолиятга замонавий
текшириш усулларининг жадал кириб келиши билан бир вақтда
беморларни бевосита текшириш усуллари (кўздан кечириш, пальпация,
перкуссия, аускультация)нинг ўрни ва аҳамиятига алоҳида эътибор
берилган. Мавзуга оид жадваллар, расмлар, бўлим юзасидан тест
саволларининг киритилиши қўлланма мазмунини янада бойитган. Қўлланма
ниҳоятда содда ва равон тилда ёзилганлиги талабаларни ўзлаштириши ва
тушуниши учун қулайлик яратади.

Мазкур қўлланмада шунингдек, бемор билан мулоқот санъати, тиббий
деонтология элементлари ҳақида ҳам алоҳида таъкидлаб ўтилган.

Қўлланма даволаш, стоматология ва тиббий педагогика факультети ва
институтнинг юқори курс талабалари учун ҳам яқин кўмакчи ва маслаҳатчи
адабиёт сифатида баҳоланади деб ният қиламиз.

Кириш

Бугунги кунда ички касалликлар пропедевтикаси фанидан талабалар учун адабиётлар ўзбек ва рус тилларида етарлича мавжуд бўлишига қарамасдан мазкур услубий қўлланманинг муаллифлари талабалар диққат-эътиборини беморларни бевосита текшириш усуллариининг ўрни ва аҳамиятига қаратишни лозим деб ҳисоблайди. Йиллар давомида йиғилган амалий тажрибалар ва кафедра ходимлари томонидан талабалар назарий билимларини мустаҳкамлаш учун олиб бораётган саъи-ҳаракатлари муаллифлар жамоасига текширишнинг бевосита усуллари, яъни кўздан кечириш, пальпация, перкуссия ва аускультация хусусида тўхталишга, уларнинг ўрни ва аҳамиятини талабалар онгига сингдириш учун ушбу қўлланмани яратишига тurtки бўлди. Тавсия қилинаётган қўлланма талабаларга у ёки бу текшириш усуллариини назарий жиҳатдан тушуниб олиш, амалий жиҳатдан бажариб, кўрсата олиш, йўл қўйилиши мумкин бўлган хатоларни (масалан: Кренинг майдонини аниқлаш, сигмасимон ичакни пайпаслаш) тўғрилашга ҳамда турли хил касалликларда кузатиладиган ўзгаришлар тўғрисида тўлиқ маълумотларга эга бўлиш имкониятини беради.

Қўлланма илк маротаба ёзилишини ҳисобга олиб, муаллифлар жамоаси уни тайёрлаш жараёнида берган ёрдами учун кафедра ходимларига ташаккур билдиради. Китобхонлар томонидан билдирилган таклиф ва қўшимчаларни мамнуният билан қабул қилиб, улардан унумли фойдаланишга ваъда берган ҳолда ўз миннатдорчиликларини билдирадилар.

ШИФОКОРНИНГ НУТҚ МАДАНИЯТИ

Билгилки, одамзоднинг шарафи нутқи билан
ва нутқ одобига риоя қилмаган одам бу
шарафдан бебаҳрадир.

Ҳусайн Воиз Кошифий

Нутқ – фикримиз, билимимиз, муносабатларимиз ва дунёқарашимизнинг сўзлар орқали ифодаланишидир. Сўз – кўркимиз, моҳиятимиз, маданиятимиздир.

Қадимги ҳинд табиби Сушрута: «Сўз мулойим, ёқимли ва умидвор қила оладиган, руҳга таскин бергувчи бўлмоғи лозим», деб ёзган эди. Бу фикрлар ҳозирги замонда ҳам долзарбдир.

Абу Али ибн Синонинг замондоши Муҳаммад Закариё Розий «Тиббиёт ҳикматлари» асарида ёзишча: «Ўзини тиб оламига бағишлаган инсон энг аввало, билимли, камтарин, инсонпарвар, халқпарвар, мулоҳазали, фаҳм-фаросатли, исталган масаланинг моҳиятини тушуна оладиган бўлиши лозим». Бу таърифга сазовор бўлиш учун тиббиёт ходимидан катта билим соҳиби бўлишни талаб қилади. Бунинг учун шифокор ва ҳамшира тиб илмларини эгаллабгина қолмай, балки адабиёт, санъатни билиши, нутқ гўзаллигини такомиллаштириши лозим. Нутқнинг вазминлиги, ёрқинлиги, гўзаллиги ва ҳикматлилигидан ташқари, шифокор ва ҳамшира учун нутқдаги хулқ-атвор, услуб, оҳанг, дадиллик, маълум даражада тўғри, чиройли талаффуз ҳам муҳимдир. Шифокор ва ҳамширанинг нутқи далилга асосланган ва ишонтирувчан, беморни ўзига ром қилиб оладиган, айтган тавсия ва кўрсатмаларига риоя қилишга ундайдиган бўлиши керак. Шифокорнинг фикри мақсадли, изчил бўлиши, бемор унинг сўзларидаги кучни, асосланганликни ҳамда ўзи ҳақидаги ғамхўрликни сезиши керак. Тажрибали шифокор китоб, шеър мутолаа қилаётганида, театрга борганида оқилонга жумлалар, шеърини сатрларни

ёдда тутишга ҳаракат қилиб, уларни беморлар билан бўладиган келажак суҳбатларида қўллай оладиган бўлмоғи даркор. Беморлар билан суҳбатда шифокор халқ донишмандларининг, ҳаётни севиш, келажакка ишонч ҳақидаги қисқа, ёрқин ифодаланган мақоллардан ва ўғитлардан ҳам фойдаланиши керак. Бир сўз билан айтганда, кенг маълуотга эгалик, ҳис-туйғуларни тарбиялаш, хусусан, нутқ маданияти беморлар билан моҳирона ва таъсирли сўз орқали алоқа ўрнатишнинг асосидир. Нутқнинг оҳанги ифодаси, талаффузи айниқса муҳимдир. Суҳбатда кескин, қўпол, баланд оҳангда гапириш бемор билан илиқ муносабатни ўрнатишга ҳалақит беради. Бу тўғрида немис файласуфи Гегель шундай деган эди: «Овознинг хуш оҳанглигидан гапираётган одам қалбининг гўзаллигини, унинг овозидаги қўполликда эса унга хос бўлган қўпол ҳиссиётни англаб олиш мумкин». Шифокор ва ҳамшира бутун ҳаёти давомида нутқининг аниқлиги, ўткирлиги, гўзаллиги устида ишлаши керак. Бу ҳолат шифокор касби ва беморлар билан бўладиган жонли мулоқоти учун зарурдир. Афсуски, айрим тиббиёт ходимлари уртасида нутқ маданиятига эга булиш мутахассис – психотерапевтнинг вазифаси, оддий терапевт ёки жароҳнинг бундан бошқа ташвишлари куп ва улар «суз устаси булишлари шарт эмас», деган фикр бор. Йук, нутқ маданиятига эга булиш ҳар бир тиббиёт ходими учун жуда зарурдир.

Машхур олим, атокли фан арбоби Гайбуллох ас-Салом айтганларидек: «Дилингизнинг бир учига туғиб куйинг: дунёда энг арзон ва энг қиммат нарса – бу лутф. Шу қадар арзонки – текин. Шу қадар қимматки – бебаҳо».

Демак, хулоса қилиб айтиш мумкинки, шифокор ва ҳамшира бемор билан мулоқотда ҳар бир беморнинг узигагина хос булган белгилар, хусусиятларни ва маълум тиббий-маънавий тамойилларни ҳисобга олган ҳолда амалга ошириши мақсадга мувофиқдир.

ШИФОКОРНИНГ БЕМОР БИЛАН МУЛОҚОТ САНЪАТИ

«Шифокор билан бўлган суҳбат давомида бемор ўзини енгил ҳис этмаса, унда бу мутахассис шифокор эмас»

С.П.Боткин

Бемор билан муомалага киришишнинг узига ярашур шартлари бор, албатта. Шифокор бемор ҳасталигининг тахминий диагнозини, шахсини, касбини, ижтимоий шароитини, савиясини, дунёкарашини, билим даражасини, ташки психик белгиларини урганганидан сунг, узини ҳам бу мулоқотга руҳан тайёрлаганидан кейингина у билан мулоқот қилиш учун маънавий ҳаққи пайдо булади. Бемор ва шифокор мулоқоти (шартли равишда) икки доирада кечади. Биринчи, ташки доира занжирида юкорида айтилганидек, шифокорнинг бемор билан мулоқотга тайёрланиш босқичидаги амаллар қиради.

Иккинчи, ички доирани эса бемор шахсини, унинг касаллик сабабларини, белгиловчи далиллар занжири ташкил этади.

Биринчи доира сохибининг махорат даражаси кай даражада юксаклиги унинг иккинчи доирага «куприк» сола олиш санъати билан белгиланади. Айнан шу «куприк» солинганидан сунг бемор шифокорга ишонч ва умид кузи билан карай бошлайди.

Шифокор беморни кандай тинглаши керак?

Шифокорнинг бемор билан узаро мулокоти яхши самара бериши учун маълум даражадаги кетма-кетликларга риоя қилиш зарур. Шифокорнинг бемор билан сухбатлашиш жараёнининг энг асосий хусусияти беморнинг шикоятларини диққат билан тинглаш ва бемор ҳолатини тушунишга интилиш бўлиб ҳисобланади. Беморни тинглай олиш, шифокорга бемор тугрисидаги энг муҳим маълумотларни йиғиш имқонини беради. Бундан ташқари сухбат жараёнида бемор тинчланади, ундаги ички хавотир бартараф бўлади, беморда сухбат таъсиридаги узиға ҳос хотиржамлик аломатлари юзага келади. Шифокор беморни диққат билан тинглар экан, унинг гапларини булмасдан, шунчаки қиска жумла ёки мимикасидаги узғаришлар билан узини сухбатга бефарқ эмаслигини сездириб туриши керак. Зарурат бўлганда эса, дағаллик қилмасдан қушимча саволлар ёрдамида аниқлик киритиши зарур.

Шифокор кандай гапириши керак?

Умумий мулоқот маданиятидан келиб чиққан ҳолда, шифокор ҳам бемор билан сузлашаётганда ҳар бир сузини танлаб, моҳиятини англаб, эҳтиёткорлик билан гапириши керак. Шу ерда халқимизга ҳос бўлган қуйидаги ибораларни эслатишни лозим деб топдик: *«Айтилган гап – отилган уқ»*, *«Яхши суз жон озиғи, ёмон суз бош оғриғи»*. Юқоридагилардан келиб чиқиб, шифокор сузлаганда гаплари беморга оғир ботмаслигига, шахсиятига тегиб кетмаслигига ва беморга малол келмаслигига эътибор бериши зарур, чунки беморлар узларини дарду-хасратларини, баъзида сир-асрорларини тиббиёт ходимларига ишониб гапириб берадилар. Тажрибали ва доно тиббиёт ходими бундай вазиятда ҳар доим керакли сузни топиб гапира олади. Беморга ҳамдардлик билдириш ва суз билан тинчлантириш энг муҳим психотерапевтик воситалардан биридир. Қупинча бемор ва тиббиёт ходими уртасида узаро тушуниш юзага келиб, бу бемор қайфиятини яхшиланишига, унинг касаллиги тугрисидаги уй-хаёлларидан қалғишига ёрдам беради. Шуни унутмаслик зарурки, тиббиёт ходими нафакат касалликни, балки бемор танасини, қунглини ва руҳиятини ҳам даволайди.

Шифокорнинг гапириш оҳанги кандай бўлиши керак?

Шифокор сухбатининг умумий оҳанги жиддий, аммо осойишта ва ишончли бўлиши керак. Бемор шундай ҳулосага қилиши керакки, шифокор ҳар томонлама таҳлил қилди, урганди, такқослади ва тугри ташҳис қуйди. Шифокор нуткидаги расмиятчилик, кескин ва дағал гапириш оҳанги мулоқот жараёнига ҳалакит беради.

Шифокор бемор билан мулокотнинг аввалидаёк унинг савиясига мос равишда суҳбатлашиши муҳим. Бемор хунарманд бўлса, шунга мос мақомда, академик бўлса, албатта, унинг юқори савиясига яраша муомала қила олиш асосий талаблардандир. Шифокор беихтиёр бу ҳолатнинг аксини қила курса, у ҳолда узининг тузатиб бўлмас ҳато қилганини бир умр афсуслар билан эслаб юришига тугри келади. Шифокор, беморни ураб турган атроф-муҳитга катта эътибор бермоғи лозим. Унинг ботиний ва зохирий қуриниши бемор билан кечадиган мулоқотига бевосита таъсир утказиши мумкин. Хусусан, бемор ётган хона шинам, озода, хавоси тоза бўлиши, албатта, унинг руҳиятига ижобий таъсир қурсатади. Бу – ботиний таъсирдир. Зохирий таъсир эса бемор атрофида кечадиган ижтимоий ҳаёт: бошқа беморларнинг, кичик тиббий ходимларининг ёки ташриф буюрувчиларнинг салбий ҳатти-ҳаракатида қуринади. Бу таъсирга, атрофдаги шовкин-суронлар, ҳамсоя беморларнинг мулоқоти, ҳатто, шифокорнинг ёқимсиз бўлиб туюлган товуши, мимикаси, жестлари ҳам қиради.

Шифокор, бемор билан мулоқотга киришар экан, унинг куз унгида маълум маънода камчиликлардан холи, юксак ахлокли инсон сифатида гавдаланиши зарур. Уз ахлоқ нормаларини тугри белгилай олмаган шифокор бемор куз унгида обрусизланади. Обрусини йукотган шифокор эса, табиийки, уз бемори билан талаб қилинган савияда мулоқот қилишга маънавий ҳаққи бўлмайди. Шифокор маънавияти деганда, маънили фикрлаши, сузлаши, шунингдек шахсиятидаги, тарбия ва одобидаги ҳамда амалиётидаги барча ижобий ҳатти-ҳаракатлар мажмуаси тушунилади.

Шифокор, барча зарурий деонтологик амалларни адо этар экан, энг аввало, уз вазифасига маънавий қамолот нуқтаи назаридан ёндашмоғи бугунги давр талаби бўлиб қолаверади.

Тиббиёт ходимларининг касбга муносабати, ахлоқ-одоби, шунингдек, шифокорлар ва беморлар орасидаги турли муносабатлар тиббиётимиз тилида деонтология дейилиши маълум. Буни содда шаклда она тилимизга қучирсак, тиббиёт ходими билан бемор уртасидаги бурчга содиқлик, муомала қоидаларига риоя қилиши ва яхши, тугри мулоқот, деса бўлади. Тиббиётимизнинг неча минг йиллик тажрибаси ҳам, унинг қазо-қазолари – Букрот, Жолинусдан тортиб Абу Али ибн Синогача буни тасдиқлаганлар. Уларнинг таъбирига, беморнинг руҳий ҳолати даволовчи шифокор, ҳамшира учун қанчалик аҳамиятга молик бўлса, беморнинг узи учун ҳам шунчалик қимматлидир. Узаро мулоқотдан сунг тиббиёт ходимига – унинг билими, тажрибаси, самимиятига беморда ишонч ҳосил бўлмоғи, инсоний қазилатларига ҳурмат ва муҳаббат уйғонмоғи керак.

Аввало ҳеч қимни дард чекиб, ётиб қолгудек қилмасин. Лекин дардга қалинган ҳар қимсанинг ундан фориғ бўлиши тиббиётимизнинг ютуғига, шифокор, ҳамширанинг билим, тажрибасига, инсоний қазилатларига ва шу билан бир қаторда, беморнинг табиати, уз дардига муносабатига боғлиқ.

Тиббиёт илмий алломаларидан булмиш Букрот: *«Санъатлар ичида табобат энг олийжаноб санъатдир»*, - деб таъкидлаган. Яна Букрот: *«Беморни дори билан эмас, балки суз билан даволаш афзал»* деса, Абу Али ибн Сино унинг бу фикрини кувватларкан: *«Бемор борки, уни суз билан даво-ласа булади»*, - деб айтган.

ТИББИЁТ ДЕОНТОЛОГИЯСИ ЛАВХАЛАРИ

Шамдек бул, шамни кур, куйиб калбу тан
Узгалар дилини килади равшан.

А. Жомий

Тиббиёт деонтологияси (лотинча «deon» - зарур, лозим булган нарса ва («logos» - таълимот) тиббиёт ходимининг бурчи, одоби хакидаги фан булиб, шифокорлар, хамширалар ва кичик тиббиёт ходимлари учун маънавий – мафкуравий дастуриламалдир.

Узбекистон Президенти Ислон Каримов айтганларидек: «Маънавият инсоннинг, халкнинг, жамиятнинг, давлатнинг куч – кудратидир. Маънавият инсонга хаводек, сувдек зарур. Халкнинг теран маънавиятисиз, гурурисиз, юксак маданиятисиз буюк давлат куриб булмади».

«Деонтология» тушунчаси кишининг хулки, одоби хакидаги фанни ифодалаш учун XVI асрнинг бошларида инглиз файласуфи ва иктисодчиси Иеремий Бентам томонидан таомилга киритилган эди. Бу атама жорий килинмасдан анча илгари тиббиёт ходимининг одоб коидаларини тартибга солиб турувчи асосий ахлоқ коидалари ва касамёдлари узок асрлардан бизгача етиб келган ёзма манбаларда сакланган.

Кадимдан шифокор хамда бемор муносабатлари муаммоси хамкорлик ва хамфикрлик нуктаи назаридан урганилиб келган. 13 асрда яшаб утган шифокор - олим Абу-аль-Фараж учбурчак сифатида талкин этиб, унинг бир бурчагига шифокор, иккинчисига бемор ва учинчисига хасталикни куйган. Беморлар билан булган мулокот давомида тез-тез таъкидлаб турган: «Биз учликмиз сен (яъни бемор), хасталик ва мен (яъни шифокор). Агар сен хасталик билан бирлашсанг, унда мен яккаланиб коламан ва сизлар голиб чикасизлар. Аксинча сен мен билан бирлашсанг, унда хасталик яккаланиб колади ва биз албатта зафар кучамиз».

Манунинг «Ведалар» номли хинд «Қонунлар мажмуаси»даёк тиббиёт ходимининг ахлоқ қонун-коидалари санаб утилган. Антик даврларда илмий тиббиётнинг асосчиси Букротнинг машхур «Касам»и тиббиёт ходимининг хулк-атвор тамойиллари ривожига катта таъсир килган.

Аслида, тиббиёт деонтологияси кенг фалсафий тушунча булиб, бир канча йуналишлардан иборат:

- шифокор билан бемор уртасидаги муносабат;
- шифокор билан беморнинг якин кишилари (кариндошлари, дустлари, хамкасблари) орасидаги муносабат;

- шифокорларнинг хамкасблари, хамширалар ва кичик тиббиёт ходимлари билан муносабати;
- шифокор ва беморнинг даволаш жараёнидаги ҳуқуқлари;
- шифокорлик сирларини саклаш маданияти;
- устоз ва шогирд муносабатлари;
- шифокор фаолиятидаги хато камчиликлар ва бошқалар.

Деонтология қонун-қоидаларининг тиббиёт амалиётида тугри жорий қилиниши тиббиёт ходимининг онги, савияси, дунёкараши, билим мезони ва қайси жамиятда яшаётганлиги билан чамбарчас боғлангандир. Кишилиқ жамияти тараккиётининг турли босқичларида шифокор, хамшираларнинг беморлар билан деонтологик муносабатлари турли кечган. У замон талабига қараб узгариб борган.

Шифокор деонтологияси хамшира билан бемор уртасидаги муносабатни ҳам уз ичига олади. Хамширанинг бутун билими, бурчи, одоби, хатти-харакати беморда унга нисбатан ишонч уйғотишига қаратилган бўлиши, яъни беморда дардимга факат шу шифокор, хамширагина малҳам бўла олади, деган умид пайдо қила олиши керак. Бунинг учун хамшира бемор билан мулоқотнинг юксак санъатига эга бўлиши лозимдир.

Деонтологияда «ятрогения» тушунчаси бор. Бу шифокорнинг ёки хамширанинг фаросатсизлиги, ноҳуя курсатмалари, қупол хатти-харакатлари, билимсизлиги ва лоқайдлиги, қискача айтганда, тиббиёт ходимларининг айби билан пайдо бўлган яна бир қасалликдир. Бу буюқ тиб алломаси Букротнинг «Primum non nocere», яъни «Беморга энг аввало зарар қелтирма» деган деонтологик нақлининг бўзилиши оқибатидир. Бундай қасаллик бугунги кунда учрайдиган ҳасталикларнинг тахминан 10 фоизини ташкил қилади. Бу шифокорлар ва хамширалар орасида ҳали уз деонтологик бурчини тула тушуниб етмайдиганлар борлигидан даракдир. Шунингдек, эгротогениялар, яъни бир ҳаста қишига бошқа бир бемор сузининг салбий таъсири ҳам мавжуд. Шифохонада баъзи бир беморларнинг уз хонасидаги ҳаста қушнисига маълум даражада таъсири сезилиб, у рухий танглиқни, ҳавотирни қелтириб қикаради. Бундай ҳолатни, уз фикрича тиббиёт ходимларидан-да «чуқуррок» билимга эга бўлган «азалий» беморлар қелтириб қикаришлари мумкин. Улар қасалхонага қелгач, беморларга маслаҳат ва тавсиялар берадилар, аксарият ҳолларда, уз тингловчиларини рухий тушқунлиқ ҳолатига олиб қелувчи қайғули ва машъум «олдиндан айтиш фикрлари» билан уртоқлашадилар. Бу қабил эгротогенияларнинг олдини олишда айнан шифокор ҳамда хамшираларнинг бўлим тартиби, беморларнинг маълум мажбуриятлари, интизоми ва бир-бирлари билан узаро муносабатлари ҳақида тулиқ ва монанд ахборот қериш; мунтазам равишда утқиладиган суҳбат ва ҳабарлар қатта аҳамиятга эга. Бу уринда беморларга танбех қериш усули сингари ҳусусий масала тугрисида тухталиб утиш ҳам фойдадан ҳоли эмас. Танбех қериш зарурияти қупчилик ҳолларда бемор шифохонадаги бўлим тартиби, интизомини бузганда юзага қелади. Шифокор, хамшира бундай ҳолларда бемор билан жуда равшан,

тушунарли, аник, ишонтириб гаплашиши керак. Бу сухбатнинг натижаси мухимдир: бемор танбехни тугри тушуниши ва шифокор хамда хамшира сабокларини тулик кабул килиши лозим. Шу билан бирга, бундай сухбат беморнинг ахволига ҳеч ҳам ёмон таъсир қилмаслиги даркор. Бемор хамшира билан илгаригидек меҳрибон ва якин муносабатда эканини, ётсираш ёки зиддият вужудга келмаганини сезиши зарур.

Сунги пайтларда гарб мамлакатларида кенг тарқалган эвтаназия тугрисида маълум бир фикр билдириш бу борада уринлидир. Эвтаназия юнонча «evos» (тинч, беозор) ва «thanatos» (улим) сузларидан олинган булиб: беозор еки тинч улим маъносини англатади. Бунда ҳар қандай юкори малакали тиббий ердам курсатилишига қарамай беморнинг умумий ахволи кун сайин оғирлашиб бораётган бир пайтда ва яхшиланишига ҳеч қанака умид бўлмаган ҳақда, бемор ва унинг якин қариндошларининг яқдиллик билан маълум қилган розилигига қура яқинлашиб қелаётган улим муддатинини тезлаштириш жараёнига тиббий ходимларнинг (шифокор, хамшира) иштироки тушунилади. Эвтаназиянинг фаол ва нофаол турлари тафовут этилади. Фаол турида тиббий ходимлар у еки бу дори воситасини летал дозада (doza letalis – улим дозаси) бемор баданига юбориши назарда тутилади. Нофаол турида, аксинча бемор тиббий ходимлар томонида тавсия этилган муолажага қодир дори воситаларини онгли равишда яширинча еки ошқора қабул этишдан воз кечиши тушунилади.

Шифокор узи ким? Унинг шифокорлик соҳасида урни нималардан иборат? Бу саволга ҳар бир тиб ходими ҳозирда узича ёндашиб қелмоқда.

Замонавий ёш шифокорларни ва олий маълумотли хамшираларни тиббиёт олий билимгоҳларида деонтологик тарбиялашда қадимда утган ва урта аср табибларининг, яъни Шарқ табобати намояндаларининг маънавий бойликлари билан самарали фойдаланишимиз керак.

Маълумки, қуна Шарқда табобатчилик қасби аҳоли уртасида энг муътабар ва савоббарор мутахассислик ҳисобланган.

Шифокорликни танлаган ва олий маълумотли хамшира бўлишни орзу қилган инсон шарм-ҳаёли, иймон-этиқодли, нозик таъб, босик ва узининг мураккаб фаолиятида оғишмай ишлайдиган, журъатли бўлмоғи даркор. Унинг учун беморнинг манфаатидан узга юкори туйғу бўлмаслиги керак. У бор билимини, ақл-заковатини ва орттирган қасбий тажрибасини бемор саломатлигини тиклашга, унга ёрдам қилини қузишга доим тайёрлиги, узининг ҳузур-ҳаловатидан қечиқ, бемор атрофида доимо тиббий ёрдамга шай эканлигини намойиш қила билиши, бемор ва унинг қариндош-уруғларини узининг ҳатти-ҳаракати билан муҳаббатини қозонишга интилоғи керак.

Шифокор деган шарафли ном ана шундай юқсак маънавиятни талаб этади ва ҳақиқий хамшира бўлиш барчага насиб этмайди.

Одатда, шифокор ҳам, хамшира ҳам беморларни, ундан илтимос қилиши биланок Оллоҳ номи билан, яъни «Бисмиллоҳир раҳмонир Роҳим» деб амал ва имқонларини ишга солмоғи, барчага баробар яхши ва ҳушмуомалада

булмоги, беморлар тугрисида кайгуриб, меҳр-шафкатли булиб уларга ҳеч қачон жазони раво қурмаслиги керак. Оқил тиб ходими оғир, тузалиши мумкин бўлмаган беморларга, уларнинг жонлари узилмагунча қулидан келган барча керакли хатти-ҳаракатини, мададини ва ғамхурлиги сидқидиллик билан амалга ошириши даркор.

Хамшира сузининг узи нихоятда чуқур мазмунга эга. Хамшира – «бир онадан сут эмган» дегани. Демак, ҳар бир инсон учун у туғишган опа ва сингилдир. Гап шундаки, хамшира, айни вақтда, тиббиётнинг расмий вакиласи. У шифокор билан беморни боғлаб турувчи ва шу сабабли даволаниш жараёнини амалга оширувчи асосий воситачи. Шифокор беморнинг дардини тугри аниқлаб, зарур дори-дармонларни белгилаши мумкин. Лекин бу курсатмаларнинг қай тарзда ижро этилиши ва бинобарин, самараси хамшира маҳоратига боғлиқ.

Энди яна бир қадриятларимизга ёндашсак. Буюк Ҳазрат Алишер Навоий: «Сихат тиласанг қуп ема, иззат тиласанг қуп дема», - деб алоҳида уқтирган эканлар. Бу ҳикмат ҳаммамизга, айниқса, шифокорларга дастур амал булмоги жоиздир. Бундан минг йил аввал Ибн Сино таъбирича, шифокор киёфасининг устуворлиги унинг соғлом ва қуркам хулқли булиши билан ифодаланган.

«Адаб билан инсон иззат топади. обрӯю, шарафу хизмат топади.

Адаб соҳиби-ла сузлашган киши, руҳига дармону лаззат топади».

ШИФОКОР СИРИ ХАКИДА

Тиб ходимлари бемор билан узаро муносабатда булар экан, касалнинг шахсий хусусиятларини, касаллик келтириб чиқариши мумкин бўлган асабий таъсирланишни, маданият даражасини ҳисобга олиши ва албатта шифокор сирини ошкор қилмаслиги керак. Шифокор сири деганда қупинча бемор тугрисидаги маълумотлар (бу маълумотлар асосан беморнинг узидан олинади), касалликнинг ноҳуш якуни, психологик (инсон руҳига) зиён етказувчи ташхис тушунилади. Тиббиёт ходимининг фаолиятида ақсарият шундай ҳоллар бўладики, шифокор сири «алдаш» билан боғлиқ бўлади, бу «муқаддас ёлгон» деб аталади. Масалан, касаллиги улимга олиб борадиган беморга унинг аҳоли оғир эканлигини ғапирмаслик керак. Улими аниқ бўлган беморларга соғайиб кетишига умид билдириб айтилган сузлар тасалли беради. Бу борада шуни таъкидлаб ўтиш лозимки, шифокорнинг ҳақ сузи беморга зиён келтирадиган бўлса, унда бундай чин суздан яхшиси воз кечилгани маъқулроқ. Тиббий ходимларнинг чин сузи – бу беморга наф келтирадиганидир. Демак, айтиладиган суз чинми еки ёлгонми, аммо асосийси нафли булиши керак. Маълумки, муқаддас ҳадисларда зикр этилганки, инсон уч ҳолатда: биринчиси - урушиб турган икки давлат аҳолисини, иккинчиси -жанжаллашган эру-хотинни ва учинчиси – аразлаб юрган икки дустни яраштириш мақсадида ёлгон ғапирини мумкин. Биз

уйлаймизки, туртинчи ҳолатда ҳам инсон елгондан фойдаланиши мумкин, у ҳам булса ногирон бемор калбини овраш учун. Касалликнинг кечиш тарзи ва унинг кандай тугаши ҳақидаги маълумотларнигина эмас, шу билан бирга беморларнинг хуфиёна ҳаёти ҳақидаги маълумотларни ҳам ошкор қилиб булмайди, чунки бу ҳол уларга қушимча изтироб келтириши ва шифокор, ҳамширага булган ишончга путур етиши мумкин.

Тиббиёт ходимлари беморга унинг ҳақиқий ташҳисини маълум қилиши ёки қилмаслиги ҳақида фикр юритишлари зарур. Агар улар беморга ташҳисни билдиришга қарор қилсалар, унинг босқичи, асоратларини енгил шаклда, беморни аста-секин тайёрлаган ҳолда, босқичма-босқич айтишни уйлаб қуришлари керак. Табиийки, унга ҳамма нарсани гапириб булмайди, лекин зиёли, тушунадиган бемор олдида «сукут саклаш» ёки иккиланиш фойдадан кура, купрок зарар келтиради.

Шу уринда таъкидлаш керакки, бемор учун айтилмаган «ёмон хабар», айтилган «ёмон ҳақиқат»дан даҳшатлироқ туюлиши мумкин. Масалан, бир қатор касалликларда, жумладан, зарарли усмалари булган ҳасталарга ташҳис маълум қилинмайди, онкология шифохонасига келган касал узида шиш «ёмон»ми ёки «яхши» шишми? – деган изтиробли кечинмани бошдан кечиради ва табиийки, буни шифокордан ёки ҳамширадан сураб-суриштиришга доимо ҳаракат қилади. Онкология касаллигига учраган беморлар психикаси жуда нозик ва таъсирчан булади. Бу ҳол, айниқса, касалликнинг яқинлашиб келаётган оқибатини ҳис қилганда намоён булади. Шундай шароитда ҳамшира баланд овоз чиқариб гаплашиши, қах-қах билан қулиши беморнинг мувозанат ҳолатидан чиқариб юбориши мумкин. Беморларга ташҳис, даволаш, асоратлар ва қайталашларнинг олдини олиш билан боғлиқ булган қўлгина маълумотлар билдирилади. Уз-узига ёрдам бериш йўллари курсатилиб, махсус эслатмалар билан таъминланади. Масалан, оддий мисол – шифокор қандли диабет касаллигининг моҳиятини фақатгина тушунтирмай, балки диабетга қарши парҳез, бемор узи ёлғиз қолган ҳолларда инъекцияларни бажариш техникасини ургатиши, турли хил инсулинлар ва ичиладиган дориларнинг ҳоссалари, кома олди белгилари ва бошқалар ҳақида маълумот бериши керак. Шу тариқа тушунтиришлар инфарктдан кейинги кардиосклероз, гипертония касаллиги, аритмиялар, ошқозон-ичак яра касаллиги ва бошқа ҳасталиклари булган беморлар учун зарурдир.

Шифокорнинг улими муқаррар булган оғир бемор тушаги ёнидаги ҳатти-ҳаракатлари тиббиёт деонтологиясининг муҳим ва мушкул масаласи бўлиб келмоқда. Масалан, беморга улим эҳтимолини маълум қилиш ёки қилмаслик, агар бу ҳақда ахборот берилса, уни қайси шароитда ва қай тарзда амалга оширишдадир. Барча замонларда бу масала аниқ равишда манфий ечимга эга булган. Бунинг учун бир қатор кескин асослар ва фикрлар мавжуд. Беморга мутлақо нажотсиз охир-оқибат тугрисидаги «аччиқ ҳақиқатни» маълум қилиш – бу, аввало, унинг ҳаётидаги энг муҳим нарса – умидини тортиб олиш, охирги кунлари ва соатларини зимистон тунга, тубсиз қора жар-

ликка тушишга айлантиришдир. Бундай холларда шифокор, хамшира бемор кунглига согайиб кетиш умидини солиши ва унда касалликка каршилиқ курсатиш хиссиётини кучайтириши зарур.

Шифокор билан бемор уртасидаги муносабатнинг яна бир томони беморга тайинланган шахсий тартиб, пархез, дори-дармонлар билан даволашнинг режаларини тушунтиришдир ва тугри ташкил этишдан иборат.

Х асрнинг таникли олими Али Ибн Аббос Ахвазий узининг «Шифокорлар учун угитлар» асарида ёзганидек, беморларни даволаш жараёнига эътибор бериш ва даво учун факатгина дориларни эмас, балки тугри овкатланишни ҳам куллашга ҳаракат қилиш зарур. Беморларга асоратли ёки хавфли дориларни буюриш, худди шунингдек, уларни у ёки бу хасталикни даволаётганда беморлар орасида тарғиб этиш мумкин эмас. Факатгина тартибли равишда ва таъсири маълум дориларни қабул қилиш, пархез тугрисида батафсил, катъий ва ишонтира оладиган даражадаги курсатмаларни ҳам назорат қилиш зарурдир. Шу тариқа, юкори деонтологик кучга, хусусан беморлар билан суз орқали алоқага, давога укувли булиш – тиб ходимлари фаолиятидаги зарурий куникмадир.

МУЛОКОТ ТУРЛАРИ ВА ТИНГЛАШ МАХОРАТИНИНГ УМУМИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ

Бемор билан муносабатда суз орқали (вербал) ва суз ёрдамисиз (новербал) мулокот куникмалари мавжуд.

Суз орқали мулокот (вербал мулокот) узаро муносабатнинг асосий куринишидир, бунда куйидагиларга риоя қилмоқлик мақсадга мувофиқ:

- тушунарли тарзда сузланг
- суз оҳангингиз босик ва майин булсин
- уринсиз саволлар билан бемор гашини келтирманг
- икки ё куп маъноли сузларни ишлатманг
- курсатмаларни аниқ беринг
- иложсиз муолажа, дори-дармонларни ваъда қилманг
- бемор сизни тушунмай қолса, эринмасдан сузларингизни яна такрорланг
- сиз билан суҳбатда бемор узида тугилган саволларга жавоб топганига ишонч ҳосил қилинг
- зарурат булганда беморга тегишли мутахассисни тавсия этинг
- беморга зарурат пайдо булганда уз телефон рақамларингизни беринг ва телефон орқали сузлашувдан қочманг – беморга текширув натижаларини мунтазам равишда айтиб туринг
- тавсияларингизни, курсатмаларингизни назорат қилиб туринг
- пунктуал булинг (пунктуал – французчадан ponktuel – нукта, яъни аниқ, саранжом-сарипшта, ваъдасини вақтида бажарувчи)
- қабул вақтига кеч қолсангиз бу ҳақда телефон орқали огоҳлантиринг

- даво ижобий натижа бермаса керакли мутахассисга юборинг
- зарур булса шифохона (стационар) да даволанишни катъиян талаб килинг.

Мулокотнинг иккинчи куриниши новербалдир, яъни суз ёрдамисиз мулокот. Бундай мулокот асосан хатти-харакат, имо-ишоралар билан юзага келади. Бунда:

- мимикаларга, айникса, нохуш туйгуни ифодаловчи мимикаларга эътибор килинг ва уларни назорат килинг
- кулнинг беухшов хатти-харакатларини килманг
- чукур «ух» тортманг
- куз карашларингизни назорат килинг
- бурун жийирманг, кош чимирманг, тиш ковламанг, кулок кичиманг, сакич чайнаманг (акс холда бемор хамияти озор чекиши мумкин)
- беҳуда кулаверманг
- вазият тақозосидан келиб чикиб, энг маъкул масофада туринг
- гавдангизни беморни текшириш учун ва у билан суҳбатлашишга қулай ҳолатда тутинг (касалликларнинг специфик хусусиятларини эътиборга олган ҳолда), жуда узок масофада мулокот килманг
- суҳбат вақтида эркинлик яратинг, беморни диққат билан тингланг, саволлар ва мулоҳазалар билан қалғитманг, шошилманг
- бемордан нигоҳингизни (кузларингизни) олиб қочманг
- унинг сузларига кизикишингизни билдириб туринг
- суҳбатнинг асосий моҳиятини илғаб олинг
- мулокотни кузларингиз билан қуллаб туринг
- «Ха» маъносида бошингизни ирғаб туринг
- маълумотларни тушунишга ҳаракат килинг
- табассумдан тугри фойдаланинг.

СУРАБ – СУРИШТИРИШ УСЛУБЛАРИГА ДОИР

Бемор билан дастлабки мулокот илик табассум ила саломлашишдан ва узаро танишувдан бошланади. Ҳамиша беморнинг енидан (карама-қаршисидан эмас) урин олишга интилиш керакки, бу беморларда шифокор шахсиятига нисбатан ишонч туйғуларини вақтли пайдо бўлишига йул очиб беради. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, 80% ҳолларда тугри аниқ диагноз бемор билан бўлган суҳбат натижасида қўйилади. Шунинг учун ушбу мулокот ута самарали бўлиши лозим ва унинг унуми ақсарият пайтда шифокор томонидан қўйилган саволларнинг аниқлиги, пухталиги ҳамда муаммога оидлигига нисбатан боғлиқ. Бемор билан бўлган мулокот расман икки қисмдан иборат сахна асарига баъзан ухшаб кетади. Ушбу сахна асарининг биринчи қисми субъектив, иккинчиси эса объектив деб номланади. Субъектив қисмида асосий ролни бемор бажаради, бунда у қўйилган саволларга жавоб беришга ҳаракат қилади. Аммо шуни таъкидлаш

лозимки, бемор жавоблари шифокор томонидан мохирона бошқарилиши лозим. Шифокор билан бемор суҳбат учун кулай вазият эгаллаб олгач, бемордан шикоятларини, касалликнинг ривожланиш тарихи (Anamnesis morbi): қачон, қай тарзда бошланган, дастлабки клиник белгилари, қачон тиббий ёрдамга мурожаат қилган, қандай ёрдам курсатилган, унинг фойдаси ва ҳ.к. Касалнинг ҳаёт тарихи оилавий, ижтимоий ахволи, яшаш, ишлаш жойи ва шароити, аввалги касалликлари, утказилган жаррохлик амаллари, наслий-ирсий касалликлари, дори-дармон-ларга аллергия сезгирлиги қабила суриштирилади.

Умумий куздан кечириш, текширувдан сунг беморга дастлабки таъхисий мулоҳазалар, ёрдамчи ёки қушимча текширувлар, дори-дармонларнинг қандай қабул қилиниши ва бошқа маслаҳатлар айтилади. Анамнезнинг йиғилиши даволаниш жараёнида тулдириб борилади. Сураб-суриштириш шифокордан алоҳида маҳорат талаб этади. Аниқ, чуқур билим асосида утказилган сураб-суриштириш ақсарият касалликка тугри таъхиснинг қуйилишига ёрдам беради.

Суҳбатдан сунг бемор узини енгил ҳис этиши, шифокорга нисбатан катта ишонч, тузалишга умид пайдо бўлиши даркор!

Шифокорнинг тинглай олиш маданиятига оид тамойилларни талабалар уқиб олишлари ва келгуси амалиётларида қуллай олишлари зарур.

Шифокорларни шартли равишда уч тоифага фарқлаш мумкин:

1. урганувчи шифокор – бу тоифадаги шифокор эндигина амалий фаолиятга қадам қуйган бўлиб, у қундалиқ фаолиятида доимий равишда қитобдан уқиб, беморда қузатиб таъхил қилади.
2. доно шифокор – бу тоифадаги шифокор бошқалар пайкамаган белгиларни беморда тез илғаб олади ва ҳулоса қилади.
3. донишманд шифокор – бу тоифадаги шифокор илғаб олади, аниқлайди, ҳулоса қилади ва узидан кейинги авлод учун касалликни белгиси, синдром ёки касаллик номи қурилишида из қолдиради. Масалан: Василенко симптоми, Бадди-Киари синдроми, Базедов касаллиги.

Биз уйлаймизки, ҳар бир талаба юқоридаги босқичларни эгаллаб, келажакда етук мутахассис, қучли клиницист, донишманд шифокор даражасига етишадилар.

Антропометрия

Шифохона, қабулхона бўлимларида, санаторий ва дам олиш уйларида қабулхонаси, поликлиника бўлимларида беморнинг бўйи ва танасининг массаси аниқлаш билан бир қаторда қўқрак айланаси ва мушакларининг қучи ўлчаб қўрилади (динамометрия). Одам танаси морфологик хусусиятларини ўлчаб, аниқлашга доир усул ва амаллар мажмуаси антропометрия деб аталади (юнонча *anthropos* - одам, *metron* - ўлчов деган сўзлардан олинган).

Одамнинг бўйи бўйўлчагич (ростомер), яъни сантиметрлар ҳисобидаги даражаларга бўлинган вертикал устунли асбоб ёрдамида ўлчанади. Горизонтал жойлашган сургичи ўша устуни бўйлаб суриладиган бўлади. Бўйини ўлчаш пайтида касал товонлари, думғаза ва куракларини ўлчов тахтасига бир йўла тақаб тик туради. Бошини у ташқи эшитув йўлининг устки чеккаси билан кўзнинг ташқи чети бир горизонтал чизикда турадиган қилиб ушлайди. Сургич бошининг тепа соҳасига туширилади ва сургичнинг пастки четига тўғри келадиган рақамлар аниқлаб олинади.

Бемор созлаб қўйилган тиббиёт тарозисида шифохонага келган маҳалида ва шифохонада бўлган вақтида танаси вазни ўлчаб турилади. Беморни ич кийимида, қовуғи ва ичагини бўшатиб олганидан сўнг эрталаб наҳорда тортилади. Одамнинг нормада танасини вазни тахминан бўйига тўғри келадиган сантиметрлар сони минус 100га тенг бўлади. Кишининг ёши ортиб борган сари унинг огирлиги ҳам орта боради. Масалан, 60 ёшдаги бўйи 180см булган одамнинг огирлиги 90-95кг булса ҳам норма ҳисобланади. Етарлича овкатланмаслик, юкумли жараёнлар, заҳарланишлар, истеъмол килинган овкатнинг сингмаслиги (ич кетиш, қусиш), эндокрин аъзолар фаолиятининг бузилиши (Базедов касаллиги), хафвли усмалар асаб касалликлари ва бошқалар туфайли беморнинг огирлиги камайиб кетади. Огирликнинг ошиб кетиши эса қуйидаги ҳолларда, яъни куп овкат ёйиш, моддалар алмашувини ва ички секреция безлари фаолиятининг бузилиши шишлар пайдо булиши, танадаги бушлиқларга суюқлик йиғилиши ва бошқалар сабабли кузатилади. Аниқланган антропометрик курсаткичлар асосида бир неча амалий аҳамиятига эга булган индекслар ҳисоблаб чиқарилади.

1. бўй – огирлик курсаткичи – гавда тузилишининг мутаносиблигини курсатади. Буни аниқлаш учун килограммлар билан ифодаланган гавда огирлигини 100га купаитириб, сантиметрлар билан ифодаланган бўй узунлигига булинади.

Унинг формуласи:
$$\frac{M \times 100}{P}$$

M – гавда огирлиги.

P- бўй узунлиги.

Нормада бу нисбат 37-40 га тенг булади. Агар у ортиб кетса беморнинг меъёридан ортик тана огирлигига эга эканлигидан, камайиб кетса, озгинлигидан далолат беради. Лекин бу курсаткич ҳамиша шартли булиб, унга баҳо беришда бошқа клиник белгиларга ҳам эътибор керак.

2. Буй ва курак айланасининг мутаносиблик индекси қуйидаги формула асосида аниқланади. $P \times 100$ бунда О- курак кафасининг айланаси.

Бу курсаткич нормада 50-55 га тенг булади . 50 дан кам индекс кукрак кафасининг торлигини 55 дан ортиги эса кукрак кафасининг кенглигини курсатади.

3. Пинье индекси- юкоридаги барча курсаткичлар орасида узаро мутаносиблик даражасини курсатади : $P-(O+M)$. Нормада у 20 атрофида булади. Бу курсаткичнинг ортик ёки камлиги мутаносибликнинг бузулишидан далолат беради .

Ортикча вазндаги кишиларнинг оғирлигини мувофиқлаштириш мақсадида Кетли индекси қўлланилади. Бу кўрсаткич айниқса эпидемиология текширишларида, касалликларни олдини олиш тадбирлари учун қўлланилади. Кетли индекси тана вазни $-M$ (кг)нинг бўйга- P (см) нисбати билан ҳисобланади. Кетли индекси= $M(\text{кг})/P(\text{метр квадратда})$. Меъёрий вазнда бу кўрсаткич 20-25 кг/м квадрат.

Брок индексини қуйидаги формула ёрдамида аниқланади.

Брок индекси= тана вазни (кг) / (бўй (см) -100) x 100). Меъёрий кўрсаткич 90-110%.

Ёш улғайган сайин, шунингдек, бошқа сабаблар муносабати билан тана вазни ўзгариб туради, шунга кўра бундай ҳисоб фақат бир мўлжал бўлиб хизмат қилади, холос. Талайгина касалликлар, айниқса, хавфли ўсмалар, сил, ўткир инфекциялар, меъда-ичак касалликларида тана вазни камайиб қолади. Беморларда олдинига ёғ тўқимаси йўқолиб кетади, кейин мушак тўқимаси трофикаси пасая бошлайди. Баданига шиш келган беморларда тана вазни тўқималарда суюқлик туриб қолиши туфайли ортиб боради.

Кўкрак қафаси айланаси юмшоқ сантиметрли лента билан ўлчанади, бунда лента орқа томонда куракларнинг бурчаги тагидан, олдинги томонда IV қовурға бўйлаб ўтказилади. Кўкрак айланаси бемор қўлларини паст тушириб, бемалол нафас олиб турган пайтда ўлчанади: биринчи ўлчов максимал нафас олиш, иккинчиси максимал нафас чиқариш охирида олинади.

Антропометрияни ўтказиб бўлгандан сўнг олинган ҳар бир кўрсаткичлар таҳлили асосида хулоса қилинади.

ТАНА ҲАРОРАТИНИ ЎЛЧАШ

Текшириш усуллари орасида термометрия, яъни тана ҳароратини ўлчаш алоҳида урин тутати. Тана ҳароратининг ўзгариши купинча касалликнинг даслабки белгилари ҳисобланади.

Шифохона ҳамда амбулатория амалиётида беморни ҳар сафар текширишда унинг тана ҳароратини ўлчаш мажбурий ишдир. Тажрибали шифокор тана ҳароратини ушлаб куриб била олади, лекин бу усул камдан кам ҳолларда аниқ бўлади. Бу усулда ҳарорат қўлнинг орқа томонини бемор орқасига қуйиб аниқланади (гавданинг бошқа қисмларини қоплаган тери иссиқликни осон чиқариб юборади ва ўз ҳароратини пасайтиради). Тиббиёт

термометрларининг Цельсий буйича 34—35 дан 42° гача шкаласи бор (хар бир бўлинмаси 0,1° дан). Одатда симобли термометрлар ишлатилади. Бундай термометрнинг хусусияти шундан иборатки, харорат улчанганда ичидаги симоб устуни маълум баландликка кутарилгандан сунг, совутилса ҳам, у уз кутарилган жойида қолади. Бунга қуйидаги йул билан эришилган: термометр капиллярининг бошлангич кисмида торайган жой борлиги учун шу жой симобнинг қайтиб тушишига тускинлик қилади. Факат термометр силкитилгандагина симоб пастга тушади.

Катта ёшдаги кишиларнинг хароратини улчашда термометр қўлтик сохага қўйилади. Бунда термометрнинг учи (симобли томони) қўлтиққа қисилиб туриши керак. Қўлтик териси курук булиши зарур, чунки у терлаган булса термометр хароратни анча паст курсатади. Термометр қўлтиққа 10-15 дақиқа давомида тутиб турилади. Бунда бемор тинч туриши керак яхшиси, унинг ётгани маъқул. Баъзан (болаларда) термометр човга қўйилади. Айрим холларда эса уни тугри ичакка (дастлаб ахлатдан тозалаб) қўйишга тўғри келади (бунда термометрга глицерин суртилади) термометрни оғизга (тил остига) киритиб ҳам хароратни улчаш мумкин. Термометрни қўлтик остига қуйиб улчанганда харорат юкорида келтирилган усуллардагига нисбатан ярим градус кам бўлади. Харорат одатда суткада икки марта улчанади — эрталаб соат 7 билан 10 орасида ва кечкурун соат 16дан 19 гача. Бирок купинча харорат жуда тез-тез узгариб туради. Масалан, кун давомида киска муддатга кутарилади, бундан ташқари, хар хил кишиларда харорат одатдагидек эрталаб ёки кечкурун эмас, балки, бошқа вақтларда кутарилади ёки пасаяди. Шунинг учун ҳам бирор беморнинг хароратини тизимли равишда улчашга киришишда дастлабки кунларда уни хар икки-уч соатда, хатто хар соатда факат кундузи эмас, тунда ҳам улчаш керак. Бунда беморни мумкин қадар безовта қилмасликка ҳаракат қилиш лозим. Шундай қилиб, айти бемордаги хароратнинг максимал ва минимал даражаси аниқлангандан кейин, хароратни икки марта улчашга утиш мумкин. Қуйидаги холларда хароратни улчашда янглишиш мумкин: 1) беморнинг ахволи оғир бўлиб, у термометрни қўлтигига қисиб тура олмаса (бунда албатта термометр хақикий хароратдан паст даражани курсатади); 2) тиббиёт ходими эътиборсизлик қилиб, ишлатишдан олдин термометрни етарли даражада силкитмаган булса 3) термометр яқинида грелка ва бошқа иссиқлик манбалари булса термометрдаги симобни сунъий йул билан кутариш мумкинлигини ҳам унутмаслик керак бундай холларда хароратни курсатувчи умумий аломатлар аҳамиятга эга бўлади.

Хар гал харорат улчаб булингандан кейин термометр силкитилиб, дезинфекцияловчи суюқликка (хлорамин эритмаси, спирт) солиб, тоза жойда сақланади. Беморнинг хароратини одатда култик остида улчаш қулай ҳисобланади. Термометр энг камида 10 дақиқа ушлаб турилади. Шундан сунг термометрнинг курсатгичи харорат варагига белгилаб қуйилади. Соғлом одамда эрталабки ва кечкурунги харорат курсатгичи 36,6С дан ошмайди.

Хароратнинг пасайиши нисбатан кам учрайди. Чунончи, бундай ҳолат юрак касалликларига учраган кишиларда кон айланиши бузилишининг оғир даврида кўп кон йукотилгандан кейин, жуда ҳам озиб кетишда, буйраклар ва жигар функцияси бузилишидан келиб чиккан кучли захарланишларда, вабонинг фаол даврида, калконсимон безнинг функцияси пасайганда руй беради. Бундай ҳолатларда тана харорати 36° дан, баъзан 35° дан ҳам пастга тушади (субнормал температура ёки гипотермия). Тана хароратининг кутарилиши касаллик ҳолатини курсатувчи асосий белгилардан биридир. Хароратнинг кутарилиши ёки гипертермия биз иситма деб атайдиган жараённинг асосий элементиدير. Иситма (febris)—организмнинг мураккаб жавоб жараёни бўлиб, модда алмашилишининг ўзгариши туфайли, иссиқлик регуляциясининг бошқарилиши бузилишидан келиб чиқади. Маълумки, танамизнинг маълум даражадаги харорати иссиқлик ишланиши билан иссиқлик чиқарилишининг мувозанатига боғлиқ. Иситма вақтида модда алмашинуви кучайиши туфайли, иссиқлик ҳосил бўлиши ортади, иссиқлик чиқариш эса етарли даражада ошмайди. Иситманинг сабаблари турлича бўлади. Булардан энг асосийси микроблардир. Илгарилари ҳар қандай иситмада ҳам албатта организмда бирор инфекция бўлади, деб уйлар эдилар. Хозирда эса иситма организмда микробнинг узи мавжудлигидан пайдо булмаслиги бутунлай исбот этилди. Организм ва туқималарда етарлича микдорда патоген ва вирулент микроблар булишига қарамай, ҳеч қандай иситманинг булмаслиги жуда кўп марта учратилган (масалан, балғамида сил таёкчалари бўлган беморларда иситма кутарилмай касалликни кечиши ҳаммага маълумдир). Инфекция мавжуд бўлганда чиқадиган иситма шу микробнинг одам организмда юзага келтирувчи жараёнларига чунончи, оксилнинг парчаланишидан пайдо бўлган оралик моддалар ва уларнинг иссиқлик ишловчи ва иссиқлик чиқарувчи бошқарув механизмларига таъсирига боғлиқдир. Кишининг териси остига ёки кон томирига ёт жинсли оксил (масалан, сут, зардоб, бошқа одамнинг кони ва хоказо) юбориб, унда сунъий иситма чиқариш мумкин. Асептик яллигланиш, суяк синиши, кон қуйилиши ва бошқалардаги иситманинг сабаби ҳам худди шундайдир. Худди шундай шароитда иситманинг келиб чиқиши, инфекциядаги иситма сингари, кимёвий моддаларнинг иссиқликни тартибга солиб турувчи асаб марказларига кон орқали таъсир қилишига боғлиқ.

Хароратнинг кутарилиши беморнинг ахволига таъсир қилади. Бемор бушашади, оғзи қурийди, ажралган сийдикнинг микдори анча қамаяди, озиб кетади. Бундан ташқари, келиб чиқиш сабаби марказий асаб тизимига боғлиқ бўлган гипертермиялар ҳам маълум (масалан, «терморегулятор невроз», оралик мианинг баъзи касалликларида иситма кутарилиши). Иссиқликни тартибга солишда эндокрин тизим ҳам сезиларли таъсир курсатади. Масалан, калконсимон безнинг функцияси ошганда (Базедов касаллигида) харорат кутарилишга мойил бўлади. Тана хароратини кутарилиш даражасига қура қуйидагилар фарқ қилинади: субфебрил иситма

(37—38°) (13-расм), ўртача иситма (38— 39°), юқори иситма (39—41), жуда юқори ёки гиперпиретик иситма (41° дан ортиқ). Хароратни ҳар куни улчаб ва ёзиб борилиб, температуранинг эгри чизиғини ҳосил қилинади. Бу эгри чизикларни куздан кечириб, харорат ўзгаришларининг характериға кура иситмани қуйидаги типларға ажратиш мумкин. Харорат 1 С га кутарилса, пульс тахминан 8-10тага купаяди, фақат баъзи касалликларда (менингит, ич терлама) пульс хароратнинг кутарилишидан орқада қолади. Харорат 1С га кутарилганда нафас олиш ҳам дақиқаға 4-5 мартағача купаяди. Агар харорат бирдан кутарилса калтираш пайдо булади. Бундай сезги тери томирларининг бирдан қисқаришидан юзага келади. Бемор калтираганда терининг ранги оқаради, тирноқлар кукаради ва тери усти урдақ терисига ухшаб кетади. Касалликнинг кечишида хароратнинг бир суткада ўзгариб туришиға караб иситманинг бир неча хили фаркланади.

Тургун иситма (*febris continua*)да эрталабки ва кечкурунги харорат 1С дан ошмайди. Бундай иситма зотилжам, тошмали терлама ва корин терламаси учун характерлидир.

Бушаштирувчи (*febris remittens*) иситма анча баланд булади ва унинг суткалик ўзгариши 1Сдан юқори булади. Бундай иситма купинча организмнинг йирингли касалликларида учрайди.

Гал ошиб турадиган иситмада (*febris intermittens*) истманинг суткалик тебраниши 1Сдан ортиқ булади. Харорат меъёриға тушиб, яна юқори кутарилади. Бундай иситма безгак касаллигида учрайди.

Гектик ёки тинкани қуритувчи иситма (*febris hectica*) хароратнинг суткалик ўзгариши 2-4 С га етади. Беморнинг харорати нормаға ва баъзан ундан ҳам пастға тушади, кейин яна кутарилади. Хароратнинг бундай ўзгариши кучли калтираш ва терлаш билан кечади. Бу купинча упка силининг оғир турларида учрайди.

Қайталама иситма (*febris recurrens*) харорат бирдан юқorigа кутарилади ва бир неча кундан кейин яна нормаға тушади, кейинчалик яна кутарилади. Бу иситма қайталама терлама касаллиги учун характерлидир.

Тесқари иситма (*febris inversus*) эрталабки иситма кечкурунғидан юқори булади. Купинча упка силида, сепсисда ва бруцеллёзда учрайди.

Тулқинсимон иситмада (*febris undulans*) харорат аста –секин кутарилиб, аста-секин нормаға қадар пасаяди ва шу ҳолат даврий равишда яна қайтарилади. Бу иситма бруцеллёз учун характерлидир.

Ўзгарувчан иситма (*febris irregularis*) ҳар хил давомийликка эға булиб, бир суткада ўзгариб туриши билан характерланади ва купгина касалликларда, яъни ревматизм, дезентерия, сепсис, ревмокардит ва бошқаларда учрайди.

Хароратнинг ривожланиши уч даврға булинади. Иситманинг кутарилиш даври (*stadium incrementi*). Бу даврда иситма касаллик туриға караб, секин – аста ёки бирдан турли вақт оралигида кутарилади. Иситманинг авжига чиққан даври –(*stadium fastigii*). Бу давр бир неча кундан бир неча ҳафтағача

(хатто ойларгача) давом этиши мумкин. Иситманинг пасайиш даври (stadium decrementi). Бу давр касаллик характериға караб турлича кечади. Баъзи вақтларда харорат 12-24 соат ичида нормагача ёки нормаға якин хароратгача тез пасайиб кетади, бундай пасайишини кризис ёки критик иситма тушиши дейилади. Баъзан эса критик пасайишдан олдин харорат кутарилади. Хароратнинг секин-аста бир неча кун давомида пасайиши лизис ёки литик иситма тушиши дейилади. Хароратнинг критик пасайиши зотилжам, безгак, тошмали терлама учун характерли булса, литик пасайиш эса бронхопневмония, ич терлама учун характерлидир. Купинча хароратнинг литик пасайиши давомида суткалик хароратнинг узгариши 1С дан юкори булади. Бу амфиболик давр дейилади.

Шундай қилиб тана ҳароратини ўлчаш беморни аҳволи тўғрисида маълумот бериб, ташхис қўйишда ва даво натижаларини баҳолаш учун муҳим аҳамиятга эга.

НАФАС ТИЗИМИ

Нафас олиш тизими маҳаллий ҳимоя механизми ҳақида тушунча

Нафас олиш тизими касалликларини ўрганиш учун аввало ҳимоя тизими тўғрисида тушунчага эга бўлиш зарур, чунки бунда патологик жараёнларнинг ривожланишида ҳимоя механизмларининг роли муҳим саналади. Бу ўз навбатида нафас аъзоларига чанг заррачалари, хар хил токсинлар, микроорганизмлар, ўсимлик чанглари ва бошқалар тушишига тўсқинлик қилади.

Маҳаллий ҳимоя механизмларига қуйидагилар киради:

- Анатомик ва физиологик жихатдан: халкум, хикилдок, мукаммал ривожланган бронхлар шиллиқ кавати, эпителиал барьер, бронхиал безлар ҳамда сулак безлари.

Нормада нафас йуллари ва альвеолалар юзасидан микроорганизмларни йукотиш қуйидаги механизмларга асосланган:

1) Мукоцилиар клиренс. Юкори нафас йуллари шиллиқ каватида жойлашган хилпилловчи эпителий ва кадахсимон хужайралар фаолияти туфайли нафас йуллари ёт заррачалар, чанг, микроорганизмлардан узлуксиз тозаланиб (клиренс) туради.

2) Альвеоляр макрофаглар. Мукоцилиар клиренс механизми ва альвеоляр макрофаглар томонидан микроорганизмлар фагоцитозга учрайди.

3) Альвеолаларо тусикдан альвеола юзасига чикадиган нейтрофил – лейкоцитлар томонидан микроорганизмлар фагоцитозга учрайди.

4) Фагоцитоз жараенининг енгиллашиши опсонин С3b ёрдамида альвеолаларо тусиклардан тушувчи комплемент компонентларининг альтернатив йулининг активланиши натижасида булиши мумкин.

5) Микроорганизмлар, шу жумладан нейтрофил лейкоцитлар ва макрофаглар томонидан фагоцитланганлари лимфа тугунларига тушиб иммун жавобни шакллантиради (сенсбилизация).

- Упкаларнинг вентилицияда тулик катнашиши
- Йўталиш ва акса уриш рефлекси
- Биологик фаол (лизосим, α 1-антитрипсин) элементларни узида сакловчи трахеобронхиал секрет ва барча синфга оид иммуноглобулинлар (IgA, IgG, IgE).

- Мукоцилиар тизим транспорти нафас йулларининг киприксимон хужайралари томонидан бажарилади. Киприксимон хужайраларнинг ҳаракати туфайли шиллиқ нафас йулларининг юкори қисмига қараб ҳаракатланади. Шиллиқ қупайиши патологик ҳолат учун ҳарактерли бўлиб (масалан, бронхит), бунда киприкчалар ҳаракати тезлашиши балғам қучишини таъминлайди.

- Бронх, альвеола ва альвеола йулларини ҳимояловчи иммун факторлар – биринчи навбатда макрофаглар, улар нафас олганда нафас йулларига қирган чанг зарралари ва микроорганизмлар билан қурашувчи асосий ҳимоя факторидир. Макрофаглар фагоцитозда иштирок этиб, микроб ва яллиғланишга қарши активликка эга бўлган протеаза ва цитокинларни узида саклайди. Макрофаглардан ташқари антигенлар билан қурашувчи дендрит хужайралар, Лангерханс хужайралари, иммунокомпетент хужайра – Т ва В лимфоцитлари (лимфокинлар, актив макрофаглар), плазматик хужайралар, IgG, IgE, IgA шиллиқ қаватнинг маҳаллий қисмларини ҳимояловчи гуморал механизмлар бўлиб ҳисобланади. Сурфактант – ўпкани ҳимояловчи муҳим компонент. У ёт қисмларнинг альвеолалар билан қонтактини қеклаб туради. Бундан ташқари сурфактант альвеоляр макрофагларни активлаб, уларнинг микдорини интерстициал туқима миграциясида бошқариб туради. Шу билан сурфактант нейтраллашда иштирок этиб, альвеоляр макрофагларнинг фагоцитоз қобилиятини оширади.

Айтиб утилган нафас системасининг ҳимоя механизмларини ҳар бир беморда қузатиб, бошқа текширувлар билан ҳам тулдириб, қасалликнинг ривожланиши тугрисидаги тасаввурга эга бўлиб беморда даволаш ишларини олиб қорамиз.

ШИҚОЯТЛАР

Нафас аъзолари қасалликларида асосан қуйидаги шикоятлар мавжуд:

- Йўтал
- Балғам ажқалиши
- Қансираш
- Қон туфлаш
- Қукрак қафасида огрик

Қелтирилган шикоятлар одатда нафас аъзолари ҳасталикларидан қалолат беради. Ўпка қасалликларининг бошланишида бу қурсатқичлар

минимал булиб, ташхис куйиш анча кийин булади. Хар бир шикоятга алоҳида тухталиб, куйидаги алгоритмга риоя килиш мақсадга мувофиқ булиб ҳисобланади.

Бемор шикоятларини текширишнинг алгоритми:

- шикоятларнинг индивидуал узига ҳослиги, унинг характеристикаси
- юзага келиш вақти, унинг давомийлиги, даврийлиги, мавсумийлиги
- юзага келишига сабаб булувчи ёки кучайтирувчи омиллар
- Огрикларнинг урни ва тарқалиши (кукрак кафасида огрик булганда)
- пасайиши ёки камайиши, муолажалар самарадорлиги баҳоланади.

Анамнез билан танишаётиб бемордан бурун орқали нафас олиш қандай эканлиги, бурундан қон келиш – келмаслигини сураб оламиз. Овоз тиниклигига эътибор берамиз (бугилган овоз, бурун орқали гапириш).

Бугилган овоз – ҳалқум яллигланганда, овоз бойлами асаб толаси жароҳатланганда, купчилик ҳолларда овоз бойламлари таранглашганда, юқори нафас йули шиллиқ каватини вируслар билан зарарланишида кузатилади. Анамнез йиғишда касалликни қандай бошланганлигига (грипп эпидемияси), қандай кечганлигига (асоратлар билан ёки асоратларсиз) аввал утказилган текширишлар натижаси ҳамда даво тадбирларининг самарадорлигига, шунингдек, яшаш шароити, ишлаш шароити, бошидан кечирган касалликлари, зарарли одатлари, ирсий ва аллергологик анамнезларга ҳам эътибор берилади.

Кекса кишилардан анамнез йиғиш ва клиник текшириш усулларини утказиш нафас тизими касалликларида ёшларга нисбатан биров фарқ қилади. Беморларда бир вақтнинг узида бир нечта касалликнинг булиши талабалар учун диагностикада маълум кийинчиликларни юзага келтириш мумкин. Бундай ҳолларда мавжуд касаллик иккинчи бир касалликни баҳолашга ҳалакит беради. Бемор нафақа ёшида булсада, ундан касбига алоқадор булган тафсилотлар сураб-суриштирилади. Масалан, асбестоз ва мезителиома куп йиллардан кейин ривожланади, шунингдек, пневмоқониоз эса шахтёрларда рентгенологик текширишда бир умрга қолади. Нафас тизимини жароҳатловчи касалликларнинг табиати ёш утгани билан узгармайди, кистозли фиброз бундан истисно. Ўпкаларнинг функционал ҳолати эса ёшга қараб узғариб боради.

Нафас йули касаллигига ҳос булган ҳансирашни юрак касалликларига ҳос булган ҳансирашдан фарқлаш қатта муаммони юзага келтиради. Қатта ёшдаги кишиларда ҳансирашнинг ҳар иккала қуриниши ҳам у ёки бу даражада кузатилади. Юрак унги қисми етишмовчилиги билан боғлиқ булган ҳансираш (ўпка-юрак етишмовчилиги) ни димланишга ҳос булган юрак етишмовчилигидан фарқлаш айниқса кийин. Хар иккала ҳолатда ҳам буйинтурук веналарининг пульсацияси яққол кузга ташланади ва периферик шишлар кузатилади. Чар қоринча етишмовчилиги туфайли ўпканинг пастки

бўлагида эшитиладиган нам хириллашларни сурункали обструктив ўпка касаллигидаги нам хириллашлардан фарклаш керак.

Йўтал (tussis) чукур нафас олиб, сунгра кучли нафас чиқариш орқали трахеобронхиал дарахтни шиллиқ, йиринг ва ёт нарсалардан холи қиладиган рефлексор, ҳимоя актдир.

Механизми: йўтал – халқум, нафас йуллари, трахея ва бронх, плевра варақлари шиллиқ пардаларидаги рецепторларни китикланиши орқали юзага келади. Бу эса чукур нафас олишга олиб келади ва овоз ёриги бекилиб, нафас мускуллари, куқрак кафаси мускуллари таранглашиб, куқрак кафасида босим ортади, бунда трахеянинг орқа мембранаси бушлиқ ичига кириб боради, кейин овоз ериги бирдан очилиб, босимлар уртасидаги фарқ туфайли бронхиал дарахтдан хаво босим остида уз йулидаги шиллиқ ва ёт жисмларни (0,5 дан 50-120 м/сония) олиб чиқади.

Йўталнинг сабаблари. Нафас йўли шиллиқ қават рецепторлари механик, химик, термик омиллар, нафас йулларининг яллигланиши туфайли таъсирланади:

- Яллигланишдан кейинги шиш, биологик фаол моддалар таъсирида нафас йуллари шиллиқ хужайраларининг секретор фаоллиги ошиб (гиперсекреция), ҳосил булган бронхиал секрет (қон, йиринг) туссоген зоналарни кузгатади. Натижада рефлексор равишда Йўтал юзага келади. Яллигланиш нафас йуллари (халқум, трахея, бронх, бронхиолалар) билан бирга альвеолалар (пневмония, ўпка абсцесси) да ҳам булиши мумкин.

- Механик таъсирловчилар – чанг, эндобронхиал босимнинг ортиши, силлик мушаклар тонусининг ошиши натижасида кузатилади:

- эндобронхиал шиш, лимфатик тугунларнинг катталашиши, аорта аневризмаси, бронх ва трахея ички босимининг ортиши туфайли йўтал келиб чиқади.

- Юрак чап булмачасининг катталашиши туфайли халқум нервининг қисилиши ва рефлексор Йўтални юзага келтиради.

- Механик таъсирланиш – нафас йуллари силлик мускуллари тонусини ошиши (бронхиал астма хуружлари) да Йўтал акти кузатилади.

- Қалқонсимон безнинг катталашуви халқум ва трахеяни механик таъсирлайди ва рефлексор Йўтал юзага келади.

- Химик таъсирловчилар – уткир хидлар, тамаки тутуни (триггерлар, полютантлар) таъсирида, бундан ташқари химик таъсирланиш (рефлюкс – эзофагит) ошқозондаги овқат халқум ва трахеяга қайтиб тушса рефлексоген зоналар кузгалиб йўтал кузатилади (Мендельсон синдроми).

- Термик таъсирловчилар – совук ёки жуда иссиқ хаводан туссоген зоналар кузгалиб, йўтал юзага келади.

Келиб чиқиш сабабларидан катъий назар балгамли ва балгамсиз йўтал фаркланади. Баъзи ҳолларда (утқир ларингит) балгамли йўталдан сунг балгамсиз йўтал фаркланади. Қуруқ йўтал шиллиқ қаватларида жойлашган рецепторларнинг таъсирланиши натижасида келиб чиқади. Бу ҳолатларда

балгамни кучирувчи воситалар эмас, балки йўталга карши воситалар кулланилади.

- Балгамсиз йўтал – қуруқ, уктин-уктин, узок давом этувчи, кийнокли булиб, куйидаги ҳолатларда кузатилади:

- усмаларнинг эндобронхиал усишида,
- йирик бронх ёки трахеяни ичкаридан сикилиши,
- ўпка фиброзида,
- уткир юрак етишмовчилиги,
- балгамсиз қуруқ йўталда йўтал пайтида нафас олинганда хуштаксимон шовкин кузатилади.

- Юрак астмаси (ўпканинг интерстициал каватининг шиши) бугилиш пайтида қуруқ йўтал булиши, купиксимон кизгиш рангли балгам ажралиши билан характерланади.

- Агар йўтал узок давом этса, буйин веналарининг буртиши, юз ва буйинда цианоз кузатилади. Бу йўтал вақтида кукрак кафасида босимнинг ошиши туфайли вена қони димланиши вужудга келиши билан боглик. Чукур нафас олганда йўтал билан бирга огрик хисси хам вужудга келади.

- Узок ва хуруж билан давом этувчи йўтал натижасида пневмомедиастенум ва пневмоторакс вужудга келади. Хавфли куринишларидан бири клапанли пневмотораксдир. Бунда хаво плевра бушлигига киради ва ўпка ателектазини кучайтиради.

Балгам ажралиши (sputum). Механизми: яллигланиш медиаторлари (брадикинин, сератонин, гиста-мин) таъсирида юкори нафас йуллари шиллик каватидаги кадахсимон хужай-раларни хилпилловчи хужайраларга нисбатан микдори ошади (нормада бу ҳолат 1:5; 1:10 дан 2:5; 3:7), бронх шиллик безлари гиперсекрецияси куза-тилади, бронхиал секретни ажралиши (сатурация) кийинлашади, иккиламчи инфекцияни кушилиши туфайли бронхиал секрет балгам куринишини эгал-лайди. Балгамнинг куйидаги макроскопик белгиларига эътибор бериш керак:

- микдори
- ранги
- хиди
- ёпишкокклиги

- Балгамнинг куп ажралиши бронхлар (бактерия, вирусли инфекция) ва ўпканинг инфилтратив яллигланиши (пневмония) да учрайди.

- Узок давом этувчи, эрталаб ва уйкудан кейин балгам ажралиши билан якунланувчи йўтал бу сурункали бронхит учун характерлидир. Баъзида бундай хуружли йўтал одамни хушидан кетишига олиб келади.

- Бир вақтнинг узида куп микдорда («огиз тулиб») балгам ажралиши ўпка абсцесси, бронхоэктаз касаллигида кузатилади.

Эрталабки пайтда, бемор уйғониши билан ажраладиган балгамли йўтал бронхоэктаз касаллигида кузатилади. Бир томонлама бронхоэктазда, ўпка абсцессида бемор зарарланган томонини босиб ётади. Бу ҳолат йўтални

камайишига олиб келади. Беморни вазиятини тескари томонга узгартириш яъни соғ томонга бош қисмини пастга қилиб ётқизиш балғамни осон ажралишига ёрдам беради. Худди шу вазиятдан беморларни даволашда (бронхиал дренаж)да фойдаланилади. Баъзида беморлар Ўйтал ва кам микдордаги балғамни касаллик аломати деб билмайдилар (чекувчиларда), шунинг учун шифокор беморнинг бу шикоятига алоҳида тухталиб утиши керак.

Балғамли ўйтал вужудга келганда беморларга бериладиган саволлар:

- Танани қайси вазиятида балғам ажралиши осонроқ бўлади?
- Суткалик балғам микдори қанча?
- Балғам ажралиши қийинми?
- Балғам қандай рангга эга?
- Ажраладиган балғам хидлими?
- Балғамни ажралиши сизга енгиллик яратадими?
- Балғамда бирор нарса фаркланадими (қон – қизғиш еки қорарок, йирик булақчалар)?

Нафас органлари касалликларини аниқлашда балғамнинг микдорини урганиш ҳам катта диагностик аҳамиятга эга.

- қўп микдорда (1-1,5 литргача балғам ажралиши) бронхоэктаз касаллиги, ўпка абсцесси ёрилгандан кейинги даврида қўзатилади.

- кам микдорида, ёпишқоқ шишасимон балғам бронхиал астма касаллиги учун характерлидир.

- уртача (50-100 мл.гача) қийин ажралувчи балғам сурункали обструктив бронхит учун хос.

Балғам идишда уч қаватга бўлинади: устки қавати – қўпиксимон, урта қават – шиллиқ, қўюқ; пастки қават – йирингли узида лейкоцит, эритроцит, бактерия саклайди (микроскоп остида текширилганда нейтрофил, ҳар хил бактериялар аниқланган). Бундай уч қаватдан тузилган балғам ёқимсиз (қўланса) хидга эга бўлиб, таркибида анаэробли микроблар, стрептококклар ва ўпка туқимасининг булақчаларини узида саклайди. Бу қўринишдаги балғам ўпка абсцесси учун характерлидир.

Бронх шиллиқ қаватларини бактериялар билан зарарланишида сарғиш-яшил рангли балғам характерлидир. Зангсимон тусли балғам қўпоз пневмония учун хос. Қўлранг, қорарок рангли балғамни қўмир қангидан нафас олувчи шахтерларда қўзатиш мумкин.

Қон туфлаш (haemoptoe) – балғамда қон булақчаларининг бўлиши – қон туфлаш бўлиб, муҳим клиник хусусиятга эга. Таркибидаги қон микдорига қараб қизғиш, қизил рангларда бўлади. Айрим дарсликларда қон туфлаш “haemoptysis” “haemoptoe” каби терминлар билан берилган бўлиб, бу терминлар синоним эмас, балғамда қон булақчаларининг бўлиши – haemoptysis, қўп микдорда қизғиш қўпиксимон қон бўлиши – haemoptoe деб аталади. Массив haemoptoe (50 мл гача) ўпкадан қон кетганда қўзатилади. Ўқотиладиган қоннинг микдорига қараб, ўпкадан қон кетиш уч даражага бўлиниб

урганилади: 50 дан 100 мл гача 1 - даража, 100 дан 500 мл гача 2 – даража ва 500 мл дан ортик булса 3 – даражали қон кетиш деб тан олинади.

Сабаблари:

1. Яллигланиш касалликларида – бронхоэктаз, бронхит, сил, ўпка абсцесси, пневмония.

2. Усма касалликлари – ўпка раки, ўпка саркаидози.

3. Бошқа сабаблар:

- ўпка инфаркти
- чап коринча уткир етишмовчилигида
- митрал стеноз (ўпка гипертензиясига олиб келувчи)
- травма натижасида жарохатланиш (нафас йулларига ет жисмнинг тикилиши ва ўпка тукумасининг лат ейиши)
- бирламчи ўпка гипертензияси
- антикоагулянтлар дозаси ошганда.

Куйидаги жадвалда қон туфлашнинг сабаблари учраш даражаси буйича кур-сатилган:

1-жадвал

Қон туфлаш белгиси учрайдиган баъзи касалликлар

Қуп учровчи	Қам учровчи
Бронхоген рак	Ўпка артерияси тромбоэмболияси
Бронхоэктаз (асосан балғам ажралганда)	Гудпасчер синдроми
Ўпка сили	Васкулитлар (Вегенер гранулематози, микроскопик полиангиит)
Ўпка инфаркти	Бириктирувчи тукуманинг диффуз касалликларида
Тинкани курутувчи йўталдан сунг ўпкада босимнинг ортиши	Ўпканинг артериовеноз фистулasi
Ўпка абсцесс ва ўпка гангренаси	Тромбоцитопеник пурпура
Учокли пневмония баъзан крупозли пневмония	Ўпка актиномикози
Уткир бронхит, трахеит, ларингит (вирус чакирувчи)	Гемофилия
Юрак нуксони (митрал стеноз)	Рандю-Ослер синдроми
Юрак етишмовчилиги	
Бронхга ёт жисм тушганда	

Халкум ва нафас йуллари жарохатланганда	
---	--

Ҳансираш (dyspnoe). Ҳансираш – бу нафас олиш ва чиқариш фазалари давомийлигини узайиши, нафаснинг ритми, сони, чуқурлигини узгариши билан кечадиган патологик ҳолат бўлиб ҳисобланади. Ҳансираш характериға кура субъектив, объектив ва аралаш, шунингдек физиологик ва патологик куринишда бўлади. Физиологик ҳансираш жисмоний зуриқишда, эмоционал ҳолатларда кузатилади. Патологик ҳансираш эса нафакат нафас тизими касалликларида, балки юрак қон-томир тизими, марказий асаб тизими, қон яратувчи аъзолар касалликларида, захарланишларда кузатилади. Шунингдек ҳансираш нафас чиқаришни кийинлашиши билан характерланадиган экспиратор (нафас тизими аъзолари хасталикларига хос) ва нафас олишни кийинлашиши инспиратор типдаги (юрак-қон томирлари касалликларига хос) куринишларга эға. Клиник манзарасини намоен бўлиш караб ҳансираш куйидаги даражаларга бўлинади: 1 – даражасида ҳансираш аломати одат тусига кириб қолган жисмоний зуриқишлар бажарилаётган пайтда намоен бўлади. Мисол: бемор қуп қаватли бинонинг 3 – қаватида истикомат қилади. Ҳансирашга сабаб бўлган хасталик юзага қелгунча бемалол ушбу қаватга бир неча марта қун давомида қутарилиб туша олар эди. Касаллик тараккий қилгандан кейин мазкур қаландликка қутарилиш ҳансираш (1- даража) аломатининг юзага қелиши билан кеча бошлади. 2 – даражали ҳансираш енгил жисмоний зуриқишларни бажариш қараенида намоен бўла бошлайди. Мисол: ўпка хасталигига дучор бўлган бемор бир қонадан иккинчисига еки қалатадан ошқонага утаётган пайтда ҳансираш (2 – даража) аломати юзага қелиши билан кечади. 3 – даражали ҳансираш беморнинг қаттоқи, тинч қолатида намоен бўла бошлайди.

Механизми: ҳансирашнинг юзага қелишида қуйидаги патогенетик звенолар иштирок қилади:

- Обструктив – юқори нафас йуллари бронх ва бронхиолалар утқазувчанлигини бузилиши (бронхит, бронхиал астма).
- Рестриктив – ўпканинг нафас қайдони қажмини қамайиши (пневмония, ўпка инфаркти, ўпка қили).
- Аралаш.

Юқоридаги қолатларда ўпка қаренхимасида газларнинг диффузияси ва перфузиясини издан қикиши, қонни қислород билан етарлича туйинмаслиги, қон тарқибидидаги газлар (CO_2 ва O_2) микдорини узгариши, рефлeктор равишда нафас марқазини қузғалиши ва нафас қонини ошиши қузатилади.

Ҳансираш сабаблари: ўпка тўқимаси қарарланиши билан боглик бўлганлари:

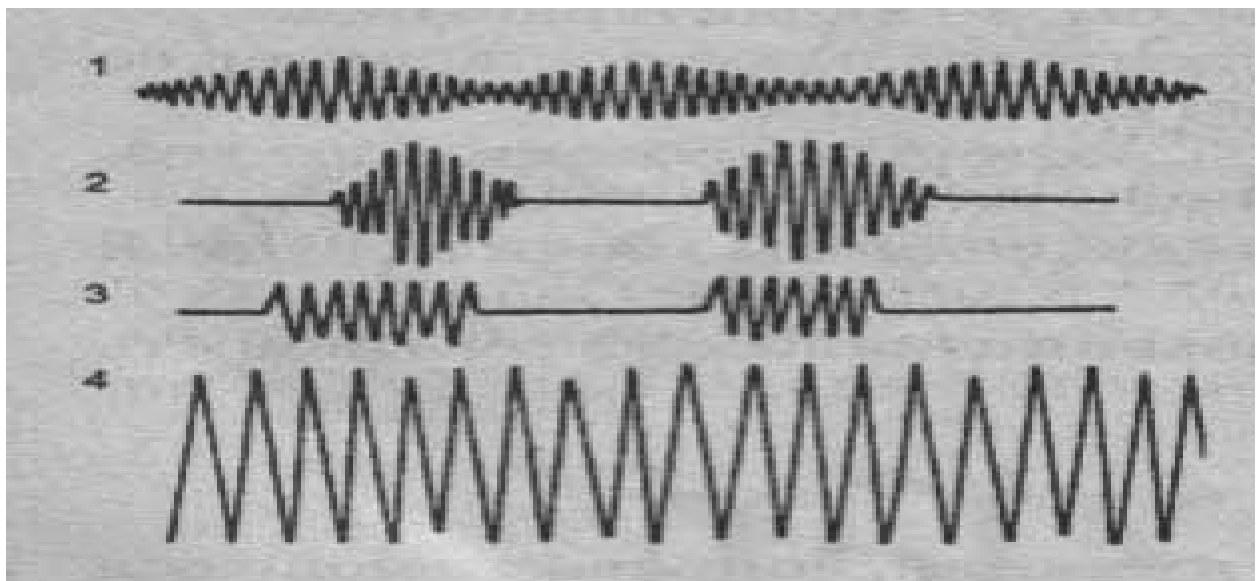
- Механик – нафас йулларига ёт жисмни тушиши, усма, плевро бушлигида йигилган суюкликни ўпка паренхимасини кисиши.
- Ўпка хаволилигини камайиши – ўпка паренхимасидаги яллигланиш жараёнлари, ўпка инфаркти ривожланиши оқибатида алвеолалар фаолияти пасаяди.
- Ўпка эмфиземаси – ўпка паренхимасида юзага келган учокли (булла) ёки диффуз ўпка хаволилигини ошиши альвеоляр нафасни издан чиқаради.

- Гипервентиляция синдроми

Ўпка тўқимаси зарарланишига боғлиқ бўлмаган:

- Гипоталамуснинг жарохатланиши
- Кифосколиоз
- Анкилозанувчи спондилит
- Плевра бушлигида суюкликни тупланиши ва плевранинг калинлашуви
- Диафрагмани асаб-мушак тизими биргаликда зарарланишида
- Асаб-мушак тизими касалликларида

Патологияда нафас олишнинг мароми ва сонини куйидаги куринишларда узгаради (расм 1):



1-расм. Нафас олиш мароми ва сонининг ўзгаришлари.

1. Куссмаул .
2. Биотт .
3. Чейн-Стокс.
4. Грокко типдаги нафас. Куйидаги жадвалда ҳансирашнинг асосий сабаблари курсатилган:

Ҳансирашнинг давомийлиги: киска муддатли ҳансираш (дақиқалар давомида)

- Ўпка артерияси тромбоемболияси
- Пневмоторакс

- Ўпка шиши
- Бронхиал астма

Уртача давомийликдаги ҳансираш (соатлар, кунлар):

- Ўпка шиши
- Пневмония
- Бронхиал астма
- Гидроторакс
- Анемия

Узок давомийликдаги ҳансираш (хафталар, йиллар):

- Ўпканинг сурункали обструктив касалликлари
- Идиопатик фиброзланувчи альвеолит
- Экзоген аллергик альвеолит
- Анемия

Агар беморда ҳансираш узгарувчан характерда булса, куйидаги кушим-ча саволлар билан мурожаат килиш зарур:

- Ҳансираш яқинда пайдо булди ми ёки маълум вақт давомида безовта килаяптими?
- доимий куринишдами ёки уткинчи характерда?

2 - жадвал

Ҳансирашнинг асосий сабаблари

Ўпка касалликлари Нафас олиш йуллари касалликлари • Сурункали бронхит ва ўпка эмфиземаси • Бронхиал астма • Бронхоэктаз касаллиги Ўпка паренхимаси касаллиги • Хар кандай этиологиядаги нафас етишмовчилиги • Пневмония • Альвеолит • Ўпка раки • Саркоидоз (I, II стадиялари) • Пульмонэктомиядан кейинги ҳолат Бошқа сабаблар • Пневмоторакс • Ўпка артериясининг тромбоэмболияси	Юрак қон томир тизими касалликлари • Юрак етишмовчилигининг барча куринишларида • ЮИҚ. Стенокардия, миокард инфаркти • Турли этиологияли аритмиялар • Миокардитлар • Юрак нуксонлари Кукрак кафаси патологияси • Плевра буртиши • Асаб-мушак касалликлари • Кифосколиоз Анемиялар Ута семизлик Рухиятга таъсир қилувчи омиллар
---	--

- Ҳансираш туфайли сиз канака ишни бажара олмайсиз?
- Нафас олишни нима кийинлаштиради?

- Нафас олишни нима енгиллаштиради?

Ортопноэ ва тунда тўсатдан пайдо бўладиган ҳансираш хуружи.

Ортопноэ – бу горизонтал ҳолатда юзага келадиган ҳансираш ва утирган ҳолатда бемор ахволини енгиллашувидир. Бу ҳолат нафас йуллари доимий огир обструкцияси натижасида сурункали бронхитда юзага келади. Тунда тўсатдан пайдо бўладиган ҳансираш хуружи (пароксизмал диспноэ) эса чап коринча етишмовчилиги натижасида кичик қон айланиш тизимида қоннинг димланиши туфайли кузатилади. Бирок купчилик астматик беморлар огир бронхларда рўй берадиган спазм туфайли тунда ухлай олмайди, бунда ҳансираш ва хуштаксимон нафас олиш чап коринча етишмовчилигига ухшаб кетади.

Кукрак кафасида огрик (dolor). Кукрак кафасидаги огриклар жойлашган жойи, огрикни кучи, характери, давомийлиги ва таркалишига караб фаркланади. Юзаки огриклар (торакалгия) ковурагалараро невралгияда, миозитда, ковурага тогай кисмининг яллигланишида, таркалувчи темиртки (герпес) да кузатилади. Чукур огриклар ўпка паренхимаси, плевра ва кукалралиги аъзолари (медиастенит) яллиг-ланганда кузатилади.

Механизми: ўпкага боглик булган огриклар факатгина плевранинг висцерал варагидаги сезувчи асаб толаларини кузгалиши натижасида юзага келади.

Типик «плеврал огрик»лар нихоятда уткир, худди пичок санчгандагидек характерда булиб, чукур нафас олганда ва йўталганда кучаяди. Пневмотораксдаги огриклар эса уткир ва киска муддатли. Купчилик холларда кукарак кафасидаги огриклар мускулларнинг локал куринишидаги спазми ёки ковурагалар синишида кузатилади. Бу хилдаги огриклар асосан ҳаракат вақтида, тана вазияти узгарганда кучаяди. Ковурагалар тогай кисмининг яллигланиши (Титса синдроми) да огриклар аниқ чегараланган жойда аниқланади. Herpes zoster вируси билан ковурагалараро асаб толалари зарарланса шу толалар йўналиши бўйлаб кучли, давомли огриклар юзага келади. Одатда беморлар плеврал огрикларнинг аниқ жойлашган жойини курсатади. Яллигланиш жараёнига диафрагма асаб толасини чалиниши оқибатида огриклар корин соҳасида (диафрагма асаб толасини ковурага бўйлаб йўналган толаси зарарланганда), елка соҳасида (диафрагма асаб толасини марказга йўналган толаси зарарланганда) кузатилади.

Шунингдек, нафас тизими касалликларида ҳароратни кутарилиши, куп терлаш, умумий дармонсизлик, иштаҳанинг пасайиши, бош огриши куринишида кушимча шикоятлар кузатилади.

Нафас аъзолари касалланган беморнинг касаллик тарихини сураб – суруштирилганда куйидагиларга: 1) касаликдан олдин бемор кандай нафас йулари касалликлари билан огриган улар кандай кечган, охригача даволанганми: 2) ушбу касалликнинг бошланиши, унинг сабаби; 3) касалликнинг илк белгилари ва уларнинг ривожланиб бориши 4) упкаси

касал кишилар (туберкулёз, грипп, билан огриган) билан мулокатда булганлиги ва бошкаларга эътибор бериш лозим . касалликнинг бошланиши айникса ташхис учун ахамиятга эга агар касаллик уткир, баланд харорат, калтираш, кукрак кафасида огрик, занг рангидаги балғам ажралиши билан бошланса, купинча упканинг крупоз ялиғланишидан далолат беради.

Касалликнинг секин-аста бошланиши , харорат унча баланд булмаган холда кучли хансираш булиши- плеврит учун, касалликнинг гриппсимон бошланиб, узок ва субфебрил иситмалаш., умумий холсизлик озиб кетиш-упка туберкулёзи учун характерлидир.

Беморнинг ҳаёт анамнези. Бу борада бемор яшаб ва ишлаб турган шароит хакида муфассал сураб –суриштириш лозим. Нокулай яшаш шароити, зах ва елвизаклар упка касалликларининг келиб чиқишига сабаб булиши мумкин. Беморнинг иш жоидаги чанглар, захарли химикатлар ҳам бронхитлар, бронхиал астма ва турли касб касалликларини (антропокоз, силикоз) келтириб чикаради. Бундан ташкари, беморнинг бошидан кечирган бошка касалликлари, насли моиллик амунлари (ойиласида упка туберкулёзи, зотилжам, бронхиал астма билан огирган кишиларнинг борлиги) ва чекиш ҳам ташхис учун ахамиятига эга.

Юрак касалликларини тугри аниклашда ҳаёт анамнезини ахамияти айникса каттадир. Бунда бемор болалик чоғларида бошдан кечирган касалликлари, ангина, бўғимлар шиши, хорея ва бошка касалликлар хакида, қачон умумий тиббиёт куригидан утган ва унда юрак касаллиги борлигига тахмин булганми ёки йукми ? бемор асаб системаси, ички секреция безлари (купрок жинсий безлар) фаолиятини аниклаш, уйда ва иш жойидаги турли омиллар (совук хаво, зах жойи, шовкин, рухий чарчаш, камхаракат килиш, алкаголь ва чекиш) нинг таъсири хакида ундан сураб-суриштириш лозим. Купгина юрак-кон томир касалликлар учун настий ойилавий маълумотлар ҳам ахамиятга эга (масалан, гепертония касаллиги, эрта бошланувчи атеросклероз ва бошк).

Куздан кечириш

Кукрак кафасини куздан кечирганда унинг шаклига, симметриклигига эътибор берилади. Соглом кишиларда кукрак кафасини 3 хил куриниши тафовут килинади:

1. Нормостеник кўкрак қафаси учи кесилган конуссимон куринишда булиб, асоси диафрагмага караган. Кукрак кафасини олдинги орқа улчами ён улчамига нисбатан кичик. Ўмров усти ва ости чуқурчалари яхши кўринмайди. Қовурға ораллиқлари уртача намоён бўлган. Елкалар бўғимга нисбатан тўғри бурчак ҳосил қилади. Елка соҳаси мушаклари яхши ривожланган. Қовурғалар ёйи тўғри бурчак ҳосил қилади. Кураклар тўғри жойлашган.

2. Астеник кўкрак қафаси узунчоқ, кукракнинг олд-орқа ва ён ўлчами кичрайган, умров устки ва умров ости чуқурчалари аниқ кўринади. Ўмров суяклари яхши билиниб туради. Қовурғалар ораллиги кенг, қовурғалар тик

йуналган, қовурға ёйи бурчаги ўткир, елка мушаклари кам ривожланган, кураклар кукрак қафасига зич ёпишмаган.

3. Гиперстеник кўкрак қафаси кенг куринишда булиб, унинг олд-орқа, ён ўлчами буйлама ўлчамдан катта. Ўмров ости ва усти чуқурчалари силликланган, умров суяги кузга куринмайди. Елкалари кенг, мушаклар яхши тараккий этган. Қовурғалар ораси кам ривожланган, тор, қовурғалар горизонтал йуналишда жойлашган. Эпигастрал бурчак ўтмас, кураклар кўкрак қафасига зич ёпишган.

Кукрак қафасининг патологик турларига куйидагилар киради:

1. Эмфизематоз кўкрак қафаси (бочкасимон) кўпроқ гиперстеникка ўхшаш бўлиб, унда кукрак олд-орқа диаметри янада катталашган. Бундай кўкрак қафаси одатда, бронхиал астма, ўпка эмфиземаси, пневмосклероз билан касалланган беморларда учрайди. Кукрак қафасининг нафас экскурсияси чегараланган бўлади. Кукрак қафасининг ушбу тури унинг патологик куринишларини деярли 90% ни ташкил этади.

2. Паралитик кўкрак қафаси астеник тана тузилишига ухшаш булиб, ундан фаркли равишда асимметрик куринишда бўлади. Асосан ўпка силида кузатилади. У асосан узоқ вақт ўпка ҳамда плеврада фиброз узгаришлар туфайли ўпканинг умумий кичрайишига ҳамда бужмайишига олиб келади.

3. Рахитик кўкрак қафаси (товуқ кўкраги – *carina pectorali*) болаликда рахит билан касалланган одамларда учрайди. Унинг олд-орқа қисми улчами узайган, тўш суяги олдинга бўртиб чиққан, ён ўлчамлари кичрайган.

4. Воронкасимон кўкрак қафаси ханжарсимон ўсимта ҳамда тўш пастки қисмининг воронкасимон босилганлиги билан характерланади. Бунда кўкрак қафасининг олдинги орқа ўлчами кичраяди, ён ўлчами эса кенгаяди.

5. Қайиқсимон кўкрак қафаси тўш суягининг уртача қисмини чуқурлаши билан характерланади (қайиқчани эслатади). Бундай кўкрак қафаси орқа мия касаллиги (сирингомиелия) да учрайди.

Айрим холларда кукрак қафаси тараккиетининг аномалияси билан тукнаш келиш мумкин. Поланд синдроми билан таникли ҳолатда айнан шунака манзара кузатилади. Кукрак қафасининг ушбу аномал турида амастия (кукрак безлари йуклиги), акостия (айрим қовурғалар йуклиги) кузатилади. Шунингдек, кукрак қафасини куздан кечиришда умуртка погонасини ҳолатига ҳам эътибор берилади. Патологияда куйидаги куринишлардаги деформациялар кузатилади:

- Кифоз (*kyphosis, gibbus*) – умуртка погонасини кукрак қисмини орқага кийшайиши.
- Лордоз (*lordosis*) – умуртка погонасини кукрак қисмини олдинга кийшайиши
- Сколиоз (*scoliosis*) – умуртка погонасини унги ёки чап томонга кийшайиши
- Кифосколиоз (*kyphoscoliosis*) – умуртка погонасини орқага ва ёнга кийшайиши

Соғлом одамда кўкрак қафасининг ҳар иккала қисми симметрик, нафас актида бир хилда иштирок қилади. Патологияда кукрак қафаси ассиметрик булиши ва нафас актида бир хилда иштирок этмаслиги мумкин. Кўкрак қафасининг унгдан ёки чапдан катталашиши зарарланган томонда плевра бўшлиғига суюқлик тўпланганда (экссудат, транссудат, қон) ёки ҳаво тўпланган (пневмоторакс) да кузатилади.

Кўкрак қафасини унгдан ёки чапдан ботик булиши ўпка тўқимасини бужма-йиши (абсцесс, ўпка сили, пневмосклероз) плеврал чандикларда кузатилади. Шунингдек, ўпка ателектази ва лобэктомиядан кейинги ҳолатларда ҳам кукрак қафасида ассиметрия кузатилади. Кўкрак қафаси пастки қисмининг кенгайиши жигар ва талоқ катталашган-да, асцит ва метеоризмда юзага келади. Кам ҳолларда периостит, перихон-дрит, қовурға ўсмаси, кўкрак девори абсцесси, ўпка чурраси, тери остидан плеврал йирингнинг чиқиши касалликларида ҳам кўкрак қафасида ўзгариш-лар бўлади. Кўкрак қафасининг динамик кўригида иккала нафас актининг даражасига эътибор бериш керак. Беморга чуқур нафас олиш ва нафас чиқариш буюрилиб, ва кўкрак қафасининг экскурсиясига эътибор берилади. Нафас олганда унг ёки чап ўпкани орқада қолиши патологик жараёнларда, яъни пневмонияда, ўпка ўсмаларида, қуруқ плевритда, қовурға синишида, қовурғалараро невралгияда, қовурғалараро мушаклар яллиғланишида кузатилади. Нафас экскурсиясининг катталашишини аниқлаш учун кўкрак қафасининг айланасини олтинчи қовурға устида нафас чиқарганда ҳамда олганда ўлчанади. Асосан нафас ҳаракатига алоҳида эътибор бериш керак, у соғлом одамда нафас мушакларининг қисқариши туфайли юзага келади. Қовурғалараро мушаклар, диафрагма ва қисман қорин девори мушаклари ҳам иштирок этади. Шунинг учун нафаснинг кўкрак, қорин ва аралаш типлари тафовут қилинади. Кўкрак типдаги нафас тури асосан аёлларда учраб нафас ҳаракати қовурғалараро мушакларнинг қисқаришидан келиб чиқади. Бунда кўкрак қафаси нафас олганда кенгайиб, қисман кўтарилади. Нафас чиқарганда кўкрак қафаси тораяди ва пастга тушади. Қорин типдаги нафас тури кўпроқ эркакларда учраб, нафас ҳаракати диафрагма билан боғлиқ ҳолда юзага келади. Нафас олганда диафрагма қисқаради ҳамда пастга тушади. Бунда кўкрак бўшлиғида манфий босим ошади ва ҳаво билан осон тўлади. Яна қорин ичи босими юқори бўлиб қорин девори таранглашади. Нафас чиқарганда диафрагма бўшашиб, юқорига кўтарилади қорин ўз ҳолатини эгаллайди. Аралаш нафас типиде нафас актида қовурғалараро мушаклар ҳамда диафрагма иштирок этади.

Соғлом кишиларда нафас олиш бир маромли бўлиб, сони бир дақиқада 16 – 20 тани ташкил қилади. Нафас олиш сонини кўкрак еки қорин девори ҳаракати билан аниқланади. Физиологик ҳолатларда овқат истеъмол қилгандан кейин ва физик зуриқишларда нафас олиш ошади, уйқу пайтида эса сусаяди. Нафас олиш сонини касаллик туфайли тезлашиши ёки сийраклашиши куйидаги ҳолатларда кузатилади.

1. Курук плевритда (оғриқ туфайли бир хил ва юзаки бўлади), ўпкалар яллиғланиши, ўпка ателектази, ўпка эмфиземаси ва пневмосклерозда, тана ҳарорати юқори бўлганда нафас олиш сони ортади. булар ҳаммаси нафас олиш марказини таъсирлайди. Баъзан булар бир неча ҳолатларга ҳам боғлиқ бўлади.
2. Нафас олиш системасининг чарчаши натижасида, бош мия касалликларида (мияга қон қуйилиши, травма, менингит), шунингдек, буйрак ва жигар етишмовчилигида, диабетик комада модда алмашинувининг оралик маҳсулотларини нафас олиш марказига токсик таъсирида кучсиз, лекин шовқинли ва чуқур нафас юзага келади (Куссмаул типдаги нафас).
3. Агар нафас сони ўзгарса унинг чуқурлиги ҳам ўзгаради, нафас олиш тез-тез ва юзаки, ҳажми чуқур бўлиши мумкин, Гоҳида бу қоидадан ҳам четга чиқишлар бўлади: масалан, овоз бойламларининг тез қисқариши ёки трахеянинг қисилиши (ўсма билан босилиши, аорта аневризмаси) да нафас ҳажми кам ва юзаки булади. Бош миянинг оғир шикастланиши (қон қуйилиши, ўсма), гоҳида диабетик комада нафас ҳаракати вақти-вақти билан бузилади, бемор қисқа муддатда нафас олмайди (паузалар). Бунинг давомийлиги бир неча сониядан ярим дақиқагача бўлади (Биотт типдаги нафас).
4. Оғир интоксикацияларда, бош миёда қон айланиш кескин издан чикканда Чейн-Стокс нафаси юзага келади. Бу шу билан характерланадики, бир неча нафас ҳаракатларидан кейин узун пауза (арное) юзага келади. Паузанинг давомийлиги 15 сониядан 1 дақиқагача. Нафас ритми юзаки, қисқа булиб, аста-секин чуқурлашиб боради, кейинчалик нафас сусаяди ва пауза кузатилади. Апноэ вақтида бемор ҳушини йўқотади, пульси секинлашади, қорачик тораяди.
5. Жуда кам ҳолларда Грокко-Фуругони нафаси учрайди. Бу вақтда кўкрак қафасининг юқори ва ўрта қисми нафас олиш фазасида бўлади. Пастки қисми эса нафас чиқараётгандай бўлади. Бундай нафас бош миянинг оғир жароҳатларида, гоҳида агонал ҳолатларда учрайди (нафас олишнинг патологик ритмлари хусусида юқорида ҳам тухталган эдик).

Пальпация

Кўкрак қафаси пальпациясида қоидаларга қатъий амал қилиш керак:

- 1.Текшириш ўтказиладиган хона иссиқ бўлиши;
2. Текширувчи қафт бармоқларини илиқ ва юмшоқ қилиши ;
3. Моно- ёки бимонуал курунишда кукрак қафасининг симметрик сохаларига ўтказилиши;
4. Тирноклар олинган булиши;
5. Агар пальпация оғриқни чақирса эҳтиёт бўлиши керак.

Кўкрак қафасини пальпация қилишдан қуйидаги мақсадлар кузда тутилади:

- Оғриган жойни аниқлаш;
- Кукрак қафасини таранглиги ва эластиклигини аниқлаш;

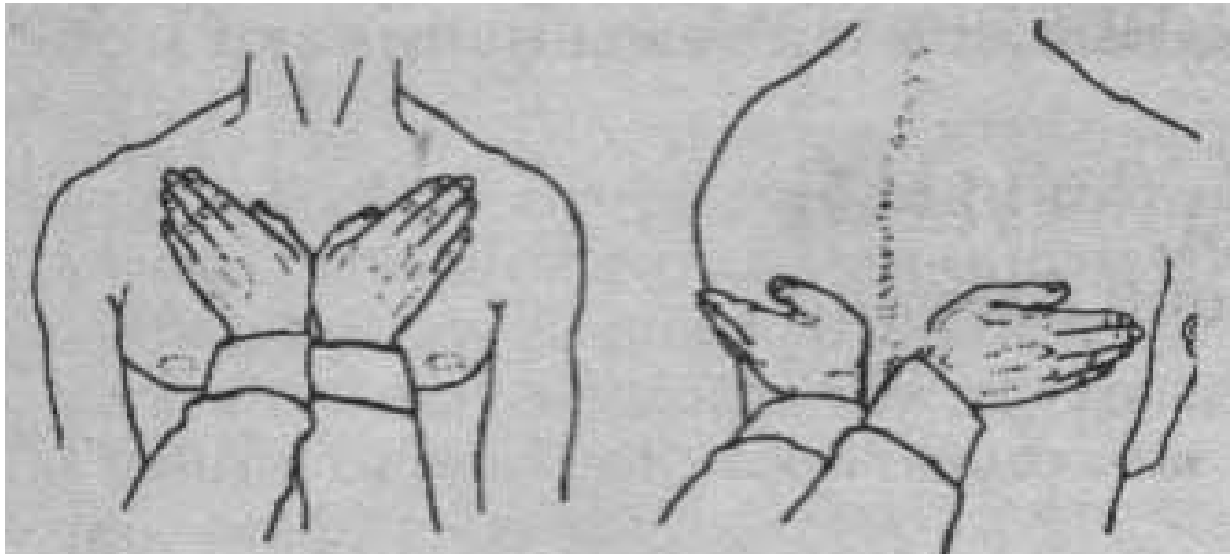
- Тери ости хосилалари ва ковургалар ҳолатини аниклаш;
- «Овоз дириллаши»ни аниклаш;
- Плеврани ишқаланиши мавжудлиги ва плеврадаги суюклик сатҳини аниклаш;

Оғриган жойни аниклаш. Қовурғалар оралиғи пальпациясидаги оғриқ кўпинча қовурға мушаклари еки асаб толалари яллиғланиши (миозит, невралгия)да кузатилади. Оғриқлар танани эгганда, чуқур нафас олганда ва йўталганда кучаяди.

Кукрак қафасини таранглиги ва эластиклигини аниклаш. Нормада кукрак қафаси таранг, эластиклиги уртача. Кукрак қафаси таранглигини аниклаш учун текширувчи ҳар иккала кулининг кафт қисмини кукрак қафасини олд ва орқа томонига ёки унғ ва чап аксилляр соҳаларга симметрик қуйиб, енгилгина босиб куради. Нормада кукрак қафаси таранглиги уртача, патологияда (кукс оралиғи усма касалликларида, икки томонлама гидротораксда, ўпка эмфиземасида) таранглик ошади, қари ёшдаги кишиларда эса таранглик кучаяди. Қовурғалар тоғайларининг суяқланишида икки томонлама гидротораксда ўпка эмфиземасида кўкрак қафаси таранг бўлиб қолади (қаршилиқ кучайган).

Тери ости хосилалари ва ковургалар ҳолатини аниклаш. Патологик ҳолатларда тери ости хосилалари (липома, остеома, ковургаларни шикастланиши) пальпацияда аникланади. Қовурғалар синишида оғриқ маълум бир соҳада сезилади, суяк бўлаклари ўзаро аралашиши оқибатида қирсиллаш эшитилади.

«Овоз дириллаши» (*fremitio pectoralis et vocalis*)ни аниклаш. Бунинг учун бемор тик турган ёки утирган ҳолатни эгаллайди. Текширувчи ҳар иккала кулининг кафт қисмини кукрак қафасини симметрик соҳаларига: олд унғ ва чапдан томондан 2-3-4- ковургалар соҳаси бўйлаб елка соҳасига, орқадан кураклар урта соҳасига, кураклар ости соҳасига, унғ ва чап аксилляр соҳаларга куяди. Бемордан таркибида «р» ҳарфлари булган сузларни талаффуз қилишни суралади. Масалан: арра, арарат ва ҳ.з. (расм 2).

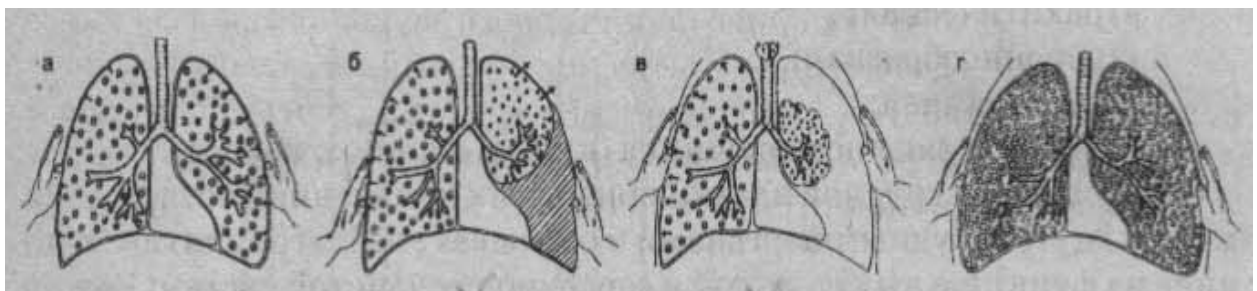


2-расм. а) кукрак кафасини олд
томонидан пальпация қилиш

б) кукрак кафасини орқа
томонидан аниклаш

Нормада овоз дириллашини аниклаш кукрак кафасининг симметрик қисмларида бир маромда утказилади. Физиологик ҳолатларда овоз дириллашини симметрик сохаларда сусайиши семизликда, кучайиши эса озғин кишиларда кузатилади.

Ташҳис қўйиш учун ахамияти: 1. Ўпка туқимаси хаволилигини пасайиши, зичлигини ортиши туфайли пневмония, сил, ўпка инфаркти, ателектазда овоз дириллаши кучаяди; 2. Плевра бушлигига суюқлик ёки газ йирилганда (гидрогемопневмоторакс)да, бронх бушлиги усма билан қисилганда овоз дириллаши сусаяди (3-расм).



3-расм. Асосий ўпка-бронх синдромларида овоз дириллашини узгариши:
а. нормада, б. гидротораксда, в. пневмотораксда, г. ўпка эмфиземасида.

Плеврани ишқаланиши ва плеврадаги суюқлик сатҳини аниклаш. Нихоятда озғин, тери ости ёғ қатлами кам тараккий этган кишиларда пальпация усули ёрдамида плевранинг ишқаланиш шовқинини (қуруқ плевритда) ва беморни вазиятини узгартирганда суюқлик сатҳини чайқалишини (экссудатив плевритда) аниклаш мумкин.

Перкуссия

Перкуссия усули Леопольд Ауэнбруггер томонидан 1761 йилда таклиф килинган. Перкуссия сузи «тери оркали» маъносини билдириб, перкутор товушларни характерига кура текшириб куришдир. Перкуссия усулини асл мохиятини тукиллатиб куриш натижасида текширилувчи аъзода юзага келадиган физик узгаришлар ташкил килади, яъни тебранишлар сони ва тебранишлар амплитудаси ўрганилади. Агар тебранишлар сони канча куп ва амплитудаси баланд булса, перкутор товуш шунча тиник, баланд ва давомли булади, аксинча ҳолатда перкутор товуш бугик, паст ва киска булади. Нормада бўғик товуш қаттиқ ва зичлашган тўқимада ҳосил бўлади. Бундай товуш соғлом одамнинг жигар устида эшитилади. Соғлом ўпка тўқимаси устида баланд, давомли, перкутор товуш аникланади ва бу тиник ўпка товуши деб аталади. Баланд, давомли, тимпаник ёки ногора товуши ҳаво билан тўлган аъзолар (ошқозон, ичак) да аникланади. Юрак, мушаклар бугик паст перкутор товуш беради. Перкуссия усулининг турлари куйидаги схемада келтирилган:

Перкуссия турлари

Перкуссия	
Бевосита (мономануал)	Билвосита (бимануал)
Ауэнбруггер усули	Соколовский усули
Яновский усули	Плещ-Гольдшайдер усули
Образцов усули	

Билвосита перкуссияни амалга оширишда плессиметр (металл пластинка, фил суяги) дан, болгачадан ёки бевосита бармоқлардан фойдаланилади. Билвосита перкуссия бажарилишига кура куйидаги турларга булинади:

- Плессиметр ва болгача ёрдамида
- Плессиметр ва бармоқ ёрдамида
- Бармоқ ва болгача ёрдамида
- Бармоқка бармоқ ёрдамида

Перкуссия усулини бажаришда куйидаги коидаларга риоя килинади:

1. Умумий коидалар:

- бемор утирган, тик турган ёки ётган ҳолатни эгаллайди
- хона илик ва осойишта булишини таъминланади
- текширувчи бемор ёнида узи учун кулай вазиятни эгаллайди (хар доим бемор-га ёндошиш унг томондан),
- шифокор қўлини илик, юмшоқ тутиши лозим.

2. Плессиметр бармоқ (чап кул урта бармоги) ва болгача бармоқ (ўнг қўл урта бармоги) га боглик булган коидалар:

- плессиметр бармоқ танага зич куйилиши керак
- хар доим изланаётган чегарага нисбатан параллел куйилиши керак
- айнан ковурагалар орасига куйилиши керак,

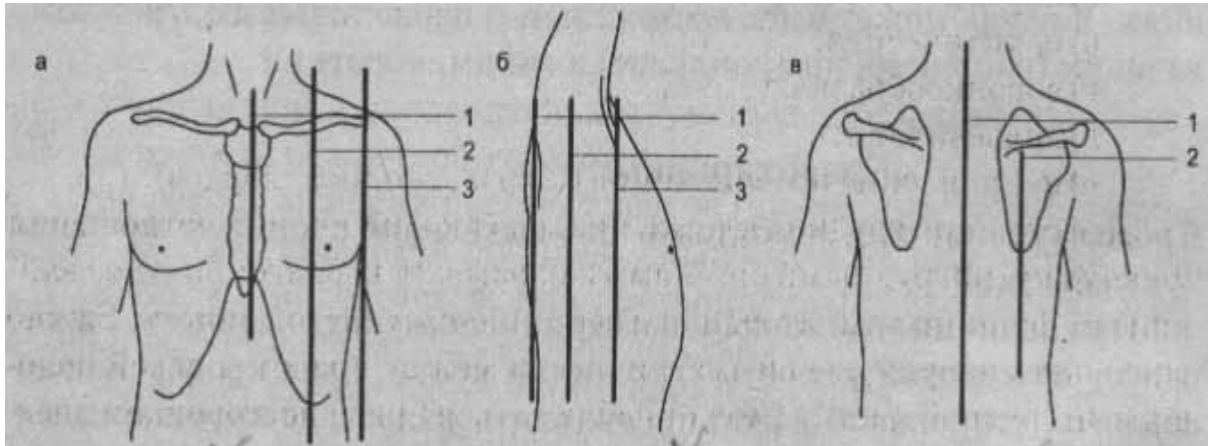
- қолган бармоқлар бироз очикрок, кенгрок ушланиши керак (товуш тулқинлари тарқалмаслиги учун),
- зарбани беришда факатгина кафт билак бугимида ҳаракат енгилгина бажарилиши керак,
- зарба ҳар доим плессиметр бармоқни урта ёки охириги фалангасига берилиши керак,
- зарба плессиметр бармоқка тўғри бурчак остида берилиши лозим,
- зарба аник ва киска булиши керак,
- зарба ҳар доим бир хил кучда берилиши керак,
- зарба аник ва бир хил кетма-кетликда такрорланиши керак,
- зарба бир жойга 2 тадан ортик берилмаслиги керак,
- зарба ҳар доим бир хил бурчак остида берилиши керак,
- топографик перкуссияда чегарани аниклашда белги ҳар доим плессиметр бармоқнинг тиник ўпка товушига қараган томонидан қуйилиши керак.

Перкутор зарбани кучига кура перкуссияни қуйидаги турлари тафовут қилинади:

- паст бусага ости перкуссияси (Плешь-Гольдшайдер усули),
- уртача зарбли перкуссия,
- кучли зарбли перкуссия

Ўпкаларни перкуссия қилишда курак кафасидаги қуйидаги топографик чизиқларни эслатиб ўтиш лозим деб ҳисоблаймиз (расм 4,5):

1. тананинг олдинги урта чизиги – l. mediana anterior
2. чап ва унг туш олди чизиги – l. parasternalis dextra et sinistra
3. чап ва унг урта умров чизиги – l. medioclavicularis dextra et sinistra
4. чап ва унг култикнинг олдинги чизиги – l. axillaris anterior dextra et sinistra
5. чап ва унг култикнинг урта чизиги – l. axillaris media dextra et sinistra
6. чап ва унг култикнинг орқа чизиги - l. axillaris posterior dextra et sinistra
7. чап ва унг курак чизиги – l. scapularis dextra et sinistra
8. чап ва унг умуртка олди чизик – l. paravertebralis dextra et sinistra
9. тананинг орқа урта чизиги – l. mediana posterior

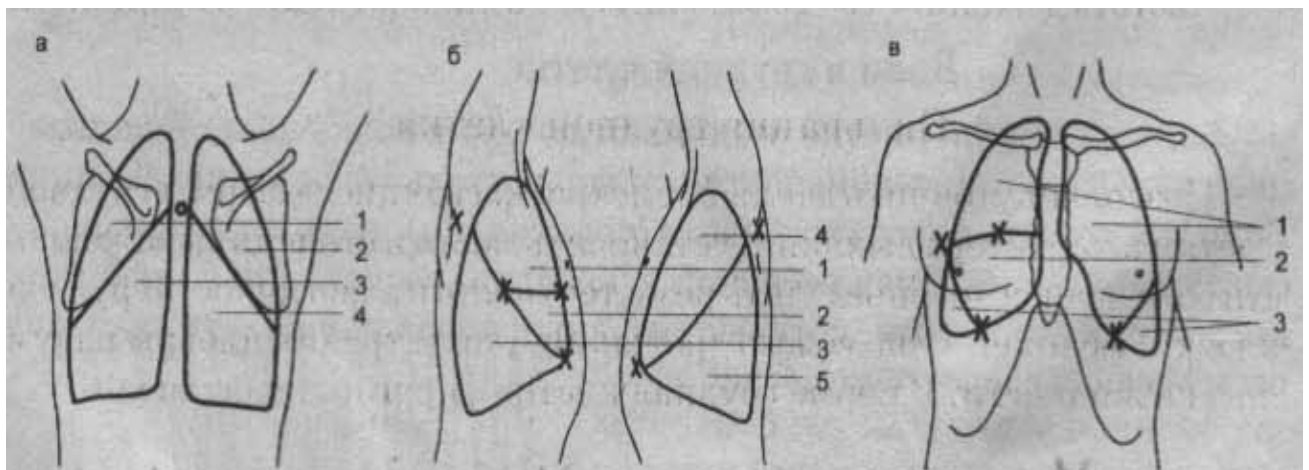


4-расм. Кукрак кафасидаги топографик чизиклар:

а. олдиндан. 1. туш урта чизиги, 2. урта умров чизиги, 3. олд култик чизиги.

б. ён томондан. 1. орка култик чизиги, 2. урта култик чизиги, 3. олд култик чизиги.

в. оркадан. 1. паравертебрал чизик, 2. курак чизиги.



5-расм. Ўпка булакларининг кукрак кафасидаги топографияси:

а. оркадан. 1. чап ўпканинг юкориги булаги, 2. унг ўпканинг юкориги булаги, 3. чап ўпканинг пастки булаги, 4. унг ўпканинг пастки булаги.

б. ён томондан. 1. унг ўпканинг юкориги булаги, 2. унг ўпканинг урта, 3. унг ўпканинг пастки булаги, 4. чап ўпканинг юкориги булаги, 5. чап ўпканинг пастки булаги.

в. олдиндан. 1. унг ва чап ўпканинг юкориги булаги, 2. унг ўпканинг пастки булаги, 3. унг ва чап ўпканинг пастки булаги.

Ўпкани киёсий ва топографик перкуссиясини талаба тулик ва аник бажариши учун куйидаги анатомик тузилмаларни мулжал учун узлаштириши шарт деб ҳисоблаймиз:

- Чап ва унг туш – умров – сургич мушаги – *m. sternocleidomastoideus*
- Унг ва чап умров суяги – *claviculae dextra et sinistra*
- Чап ва унг умров усти чуқурчаси – *fossa supraclavicularis dextra et sinistra*

- Унг ва чап умров ости чукурчаси – fossa infraclavicularis dextra et sinistra
- Унг ва чап ковургалараро чукурча – fossa intercostalis dextra et sinistra
- Буйинтурук чукурчаси – fossa yugularis
- Унг ва чап Людовик бурчаги – angulis Lyudovica dextra et sinistra
- Туш суяги – sternum
- Унг ва чап ковургалар – coste
- Унг ва чап култик чукурчаси – fossa axillaris dextra et sinistra
- Унг ва чап ковурга ёйи – arcus costae dextra et sinistra
- Ханжарсимон усик – prosessus ksefoideus
- Унг ва чап трапециясимон мускулнинг олдинги кирраси
- 7 – буйин умурткаси – vertebra promenemsus
- Унг ва чап курак суяги – scapulae dextra et sinistra
- Унг ва чап курак суяги кирраси – spina scapulae dextra et sinistra
- Унг ва чап курак усти бурчаги – fossa suprascapularis dextra et sinistra
- Унг ва чап кураклараро соха – region interscapularis dextra et sinistra
- Унг ва чап курак пастки бурчаги – angulis scapulae inferior dextra et sinistra

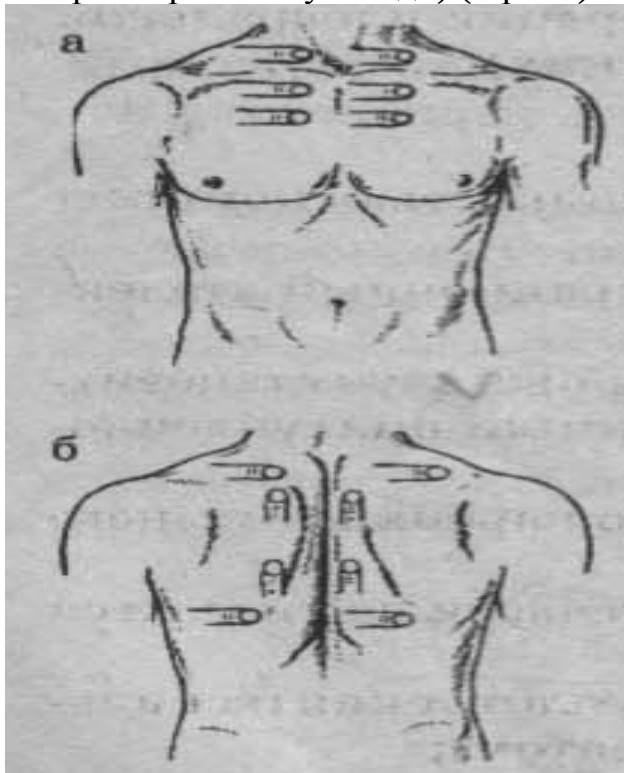
Ўпканинг киёсий перкуссияси. Киёсий перкуссия ўпканинг бирон бир бўлагида патологик ўзгаришни аниклашда ҳар иккала ўпканинг симметрик сохаларини таккослаб куриб урганилади. Хосил булган перкутор товушни кўкрак қафасининг симметрик сохаларида бўлган перкутор товуш билан такқосланади (бунга нафақат кўк-рак қафасининг симметрик сохаларини таққослаш, балки перкутор товуш-нинг патологик ўзгариши ҳақида маълумот йигилади). Перкутор товуш ора-сидаги фаркларни аниклашда дастлаб тиник ўпка товуши, кейин эса ўзгарган перкутор товуш аникланади. Шунинг учун аввал кукрак қафасининг соғ қис-мида, кейин эса зарарланган соҳада перкуссия қилинади. Перкутор зарб қан-чалик кучли булса, унинг тарқалиши шунча кучли бўлади, лекин ҳамма вақт киёсий перкуссияда кўкрак қафасининг қалинлигини ҳисобга олиб, перкутор зарба шунга мос берилиши керак. Шуни эсдан чиқармаслик керакки, энг кучли зарб пайтида ҳосил қилинган тебранишлар тўлқини ҳам 6 – 7 см дан ортиқ чуқурликка тарқалмайди. Перкутор зарб таъсиридаги тебранишлар ўпка паренхимасининг чуқур ва ён сохаларига таркалади. Шунинг учун бу перкуссия усулида нафақат бармоқ плессиметр остидаги товуш тебраниши, балки ён атрофлардаги товуш тебранишлари ҳам аникланади. Мазкур соха перкутор сфераси деб аталади. Киёсий перкуссия қуйидаги тартибда амалга оширилади: Олд томондан

- Плессиметр бармоқ умров усти чукурчасига умров суягига параллел килиб, зич қуйилади ва уртача кучдаги перкутор зарба берилади. Аналогик тарзда чап умров усти соҳасида бажарилади.
- Умров суяги устига унг ва чапдан перкутор зарба бевосита берилади, (чунки умров суяги плессиметр вазифасини бажаради).

- Умров ости чукурчасида унг ва чапдан, 3 – ковургалар орасида унг ва чапдан таккослаб бажарилади.

Орка томондан

- Курак усти сохаларига унг ва чапдан тукиллатиб курилади (плессиметр бармок ковургаларга параллел куйилади).
- Кураклараро соха унг ва чапдан узаро таккосланади (плессиметр бармок ковургаларга перпендикуляр куйилади).
- Кураклар ости сохаси унг ва чапдан киёсланади (плессиметр бармок ковургаларга параллел куйилади) (6-расм).



6-расм. Киёсий перкуссия: а. олдиндан, б. оркадан.

Киёсий перкуссияни кўллашда ҳар хил чуқурликда жойлашган паталогик жойларни аниқлаш учун бир хил равишда ҳар хил куч билан перкутор зарблар берилади, аввал бусага ости кучидаги перкуссиядан фойдаланиб, юзаки учоклар аниқланади, кейин эса уртача ва юқори зарбли перкуссиядан фойдаланиб, чуқур жойлашган ўчоқлар аниқланади. Соғлом кишиларда киёсий перкуссия ўпканинг симметрик сохаларида бир хилдаги тиник ўпка товушини беради. Лекин тана тузилишига караб, тери ости ёғ катлами тараккий этганлиги даражасига кура ўпканинг симметрик жойларида перкутор товуш бир хил бўлмаслиги ҳам мумкин. Қисқа ва паст перкутор товуш куйидаги сохаларда аниқланади (нормада):

1. Ўнг юқори бронх қисқалиги, унинг хаво сифимининг камлиги ва ўнг елка сохаси мушаклари яхши ривожланганлиги учун шу сохада ва унг курак усти сохасида аниқланади.

2. Ўпканинг юқори бўлагиди алвеолалар зич жойлашганлиги сабабли, унг умров усти чуқурчасиди аниқланади.

3. Ўнг қўлтиқ ости соҳасига жигар яқин жойлашганлиги учун товушнинг давомийлиги ва баландлигини пасайтиради, чапдан ошқозон диафрагмага яқин бўлганлиги учун ошқозон туби ҳаво билан тўлганлиги перкуссия давомида баланд тимпаник товуш беради. Бу Траубе бўшлиғи дейилади. Бу ўнг томондан жигарнинг чап бўлағи, чап томондан юракнинг ўнг қоринчаси билан чегараланган. Юқоридан эса чап ўпканинг пастки бўлағи, унгдан ўт пуфагининг олд қисми билан пастдан чап қовурға ёйи билан чегараланган. Чапдан плевра бушлиғига суюқлик йиғилганда Траубе бушлиғи йуколади, шу сабабли бу соҳада характерли тимпаник товушни урнига бугик товуш аниқланади. Бу ҳолат ташҳис қўйишда аҳамиятга эга. Патологик ҳолатларда ўпканинг тиник перкутор товуши бўғиқ ёки бўғиқрок, кутичасимон бўлиши мумкин. Бу ҳолат ўпка ҳаволилиги камайишида, плевра бушлиғида суюқлик тупланганда аниқланади. Ўпка ҳаволилигининг камайиши қуйидаги ҳолатларда кузатилади: ўпка туқимаси зичлашганда (экссудат билан ўпканинг яллиғланишида, транссудат билан ўпка шишида, қон билан ўпка инфарктида, ўпкада чандик ҳосил бўлганда). Бронх йўлларида тўсиқ бўлганда бронхларнинг ҳаво ўтказувчанлиги камаяди (обтурацияли ателектаз) ёки плевра бўшлиғида суюқлик йиғилганда (компрессион ателектаз) ўпка туқимаси қисилиши ҳисобидан зичлашади. Ўпкада бирор хил бошқа ҳавосиз тўқиманинг ҳосил бўлиши (абсцесс), плевра варақларининг яллиғланиб қалинлашишида, кўкрак қафаси тўқимасининг шишларида, ўпка тўқимаси устида тери ости қавати, мушаклар кучли ривожланишида перкутор товушнинг бўғиқлиги аниқланади. Ўпкада перкутор товушнинг тимпаник товушга узғариши ўпка тўқимасида ҳаволи бўшлиқ ҳосил бўлганда, катта бронхоэктазларда (бронхлар кенгайиши), плевра бўшлиғида ҳавонинг йиғилиши, ўпка тўқимаси эластиклигини пасайиши, ателектаз ҳамда пневмониянинг бошланғич босқичида кузатилади. Ўпканинг перкутор товуши баландлигини ўзғариши бир неча турга бўлинади: кутичасимон, металл, ёрилган тувакнинг шовқини.

1. Қутича товуши – баланд тимпаник булиб, у бўш қутига урилганда чиқадиган товушга ўхшаганлиги учун шундай номланади. Ўпка эластиклиги кескин пасайганда алвеолалар деворини кенгайишида, ўпка эмфиземасида кузатилади.

2. Металл товуши – металл идишга урилган товушга ўхшайди. Катта юзада жойлашган силлиқ деворли ҳаволи бўшлиқни перкуссия қилганда ҳосил бўлади.

3. Ёрилган тувакдан чиқадиган шовқин – жарангсиз, ғичирлаш товуши. Катта бўшлиқлардан ҳавони сиқилиб чиқиши натижасида ҳосил бўлади.

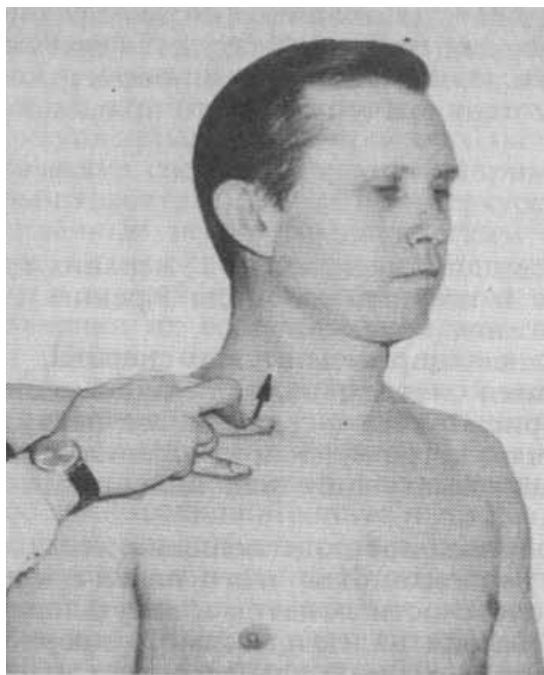
Ўпканинг топографик перкуссияси. Ўпканинг топографик перкуссиясини утказишда қуйидаги мақсадлар кузда тутилади:

- юқориги (олдиндан ва оркадан) чегарани аниқлаш

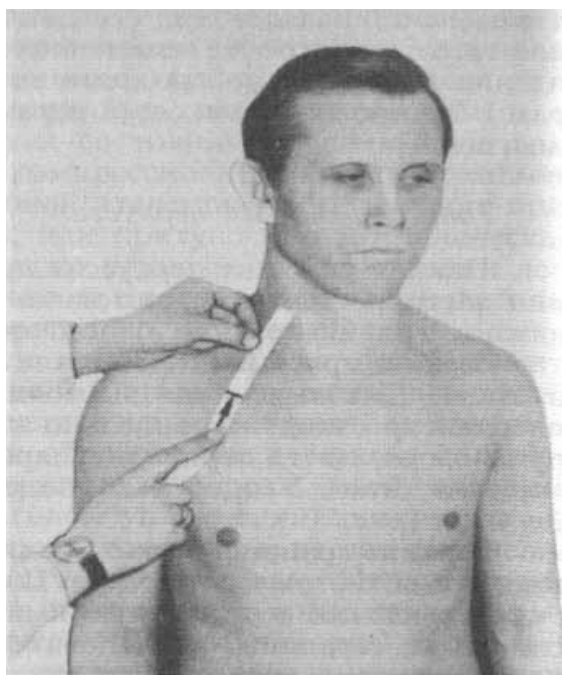
- пастки чегарани аниклаш
- экскурсияни аниклаш
- Кренинг майдони кенглигини аниклаш

Топографик перкуссияни тиник товуш берадиган аъзодан бугик товуш берадиган аъзога томон олиб бориш жуда ҳам самарали. Перкутор товушлар орасидаги фарқ куйидаги ҳолатларда яхши аникланади: қачонки перкуссия ҳаволи органдан ҳавосиз аъзога йўналганда, ўпка билан юрак орасидаги чегара аниқланганда ўпкадан юракка томон перкуссия қилинади; ўпка ва жигар орасида эса ўпкадан жигарга томон, жигар ва ичак орасида эса ичакдан жигарга қадар аникланади. Перкутор товушнинг зарби органнинг чуқур жойлашганлигига боғлиқ. Агар у кўкрак қафасига яқин жойлашган бўлса (масалан: ўпка), бу ҳолатда кучсиз перкуссия қўлланилади. Топографик перкуссияда плессиметр бармоқ изланаётган чегарага нисбатан параллел қўйилиб, аниқ ўпка товушидан мутлақ бўғиқлашгунга қадар перкуссия қилинади. Бугик товуш ҳосил бўлган жойда плессиметр бармоқнинг тиник товушга караган четидан чегара қўйилади.

Ўпкаларнинг юкори чегараси куйидаги кетма-кетликда аникланади: олдиндан. Унгдан плессиметр бармоқ умров усти чуқурчасига умров суягига параллел ҳолатда куйилади 7-расм. *M. sternocleidomastoideus* ни мулжал килиб тиник ўпка товуши бугиқлашгунга қадар уртача зарб бериб борилади. Чапдан ҳам худди шунга ўхшаш курунишда олиб борилади. Нормада ўпкаларнинг олдинги юкори чегараси умров суягидан 3-4 см юкорида жойлашган (8-расм). Оркадан. Ўпкаларни юкори чегарасини оркадан аниклаш учун плессиметр бармоқ курак усти чуқурчасига курак киррасига параллел холда куйилиб 7 – буйин умурткасини мулжалга олинган холда унг ва чап томондан тиник ўпка товуши бугиқлашгунга қадар перкуссия қилинади. Нормада хар иккала томондан 7 – буйин умурткаси тугрисига мос келади.



7-расм.

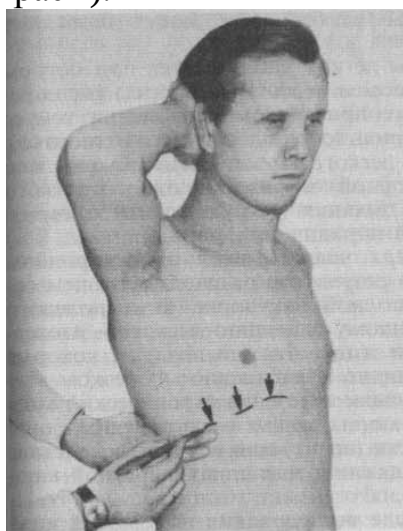


8-расм.

Ўпка юкориғи чегарасини аниқлаш. Ўпка учи баландлиғини аниқлаш

Ташҳис қўйиш учун аҳамияти. Ўпка хаволилиғи ошганда ўпкани чегараси кенгаяди, ўпка зичлашганда, пневмофиброзда юкориғи ва орқа чегаралари кичраяди.

Ўпкани пастки чегарасини аниқлаш. Ўпкани пастки чегарасини аниқлаш учун юкорида келтирилган мулжал – топографик чизиқлар буйича олиб борилади (9-расм).



9-расм. Ўпканинг пастки киррасини аниқлаш

Қуйидаги жадвалда ўпкани пастки чегарасини нормостеник куқрак кафасидаги жойлашган урни келтирилган:

3-жадвал

Ўпка пастки чегараларининг жойлашиши

№	Чизиқлар номи	Унгдан	Чапдан
1.	l. parasternalis	V ковурга оралиги	-
2.	l. medioclavicularis	VI ковурга	-
3.	l. axillaris anterior	VII ковурга	VII ковурга
4.	l. axillaris media	VIII ковурга	VIII ковурга
5.	l. axillaris posterior	IX ковурга	IX ковурга
6.	l. scapularis	X ковурга	X ковурга
7.	l. paravertebralis	Th XI уткир усиги	Th XI уткир усиги

Изох: гиперстеник кукрак кафасида ўпкани пастки чегараси нормостеникларга нисбатан бир ковурга юкори жойлашади, астеник тана тузилишида эса бирта ковурга пастда жойлашади. Ўпкани хар иккала томондан бир хилда чегарасини пастга тушиши ўпка эмфиземасида кузатилади.

Ташхис қўйишдаги ахамияти. Ўпка пастки киррасини жойлашган урни нафакат ўпка касалликларида, балки корин бушлиги аъзолари касалликларида хам узгаради. Масалан: ўпкани пастки чегарасини бир томондан пастга тушиши викар (компенсатор) эмфиземада кузатилади. Ўпкани пастки киррасини юкорига силжиши пневмосклерозда, плевритда, пастки булак бронхнинг тулик бекилганида, жигар ёки талок кескин катталашган (лейкоз, асцит) да кузатилади.

Кренинг майдонини аниклаш. Кренинг майдонини – бу нафас олганда ва чиқарганда ўпканинг юкори учи кенглигини узгариши. Уни аниклаш учун бемор утирган холатни эгал-лайди. Текширувчи елка сохасида m. trapezius нинг олдинги киррасини тенг уртасига плессиметр бармокни перпендикуляр равишда куяди. Дастлаб лате-рал томонга, кейин эса медиал томонга кучсиз бусага (Плешь-Гольдшайдер) перкуссия усулидан фойдаланиб, тиник ўпка товуши бугиклашгунга кадар тукиллатиб курилади. Нормада бу майдон уртача 5-6 см ни, тана тузилишига мос равишда 3-11 см.гачани ташкил қилади.

Ташхис қўйиш учун ахамияти. Кренинг майдони бронхиал астмада, диффуз эмфиземада симметрик равишда хар иккала томондан кенгаяди, ўпка пневмосклерозида, ўпка пневмофиброзида, ўпка силида эса аксинча кичраяди.

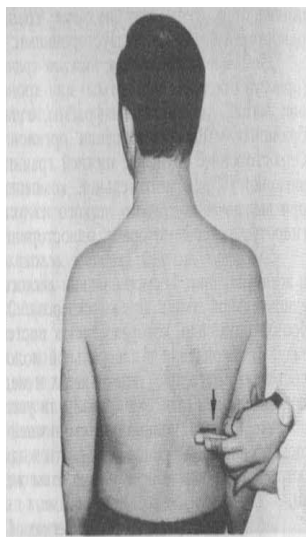
Ўпкани экскурсиясини аниклаш. Ўпкани экскурсияси деганда ўпкани пастки қиррасини нафас олганда ва нафас чиқаргандаги ҳаракатчанлиги тушунилади. Ўпкани пастки қирраси ҳаракати 2 хил бўлади:

1. Фаол ҳаракат – бу ўпка қиррасининг нафас фазаларига боғлиқ равишда ҳаракатчанлиги.

2. Нофаол ҳаракат – ўпка қиррасининг тана ҳолатига боғлиқ равишда ўзгариши.

Ўпкани пастки қиррасини аниклаш унгдан – урта умров, урта култик ости ва курак чизиклари бўйлаб, чапдан эса кейинги кейинги иккала чизик бўйлаб аникланади.

Ўпка пастки қиррасининг фаол ҳаракатчанлигини аниклаш учун дастлаб нормал нафас олиш жараёнидаги ўпканинг пастки чегараси топилиб терига дермограф билан белгиланади. Кейин текширилувчига максимал нафас олиш ва нафас олиш чўққисида нафасни ушлаб туриш таклиф қилинади, сўнгра биринчи қўйилган белгидан пастга томон бугик товуш аниклангунга қадар перкуссия қилиб, плессиметр бармоқнинг юқори қиррасига иккинчи белги қўйилади. Кейинчалик текширилувчидан максимал нафас чиқариш ва нафасни ушлаб туриш сўралади, ҳамда биринчи қўйилган белгидан юқорига томон аниқ ўпка товуши аниклангунга қадар перкуссия қилиниб, плессиметр-бармоқнинг қуйи қиррасига учинчи белги қўйилади. Ўпка пастки чегарасининг ҳаракатчанлигини аниклашда 2- ва 3- белги уртасидаги масофа улчаб курилади ва бу ўпкани экскурсиясини ташкил қилади. Ўпка пастки қирраси ҳаракатчанлиги нафас олишда ҳам нафас чиқаришда ҳам ўрта ўмров чизиги бўйлаб (ўнгдан) ва курак чизиги бўйлаб ўрта ўмров чизиги бўйлаб 3-4 см, ўрта қўлтиқ ости чизиги бўйлаб 6 – 8 см, курак чизигида 4 – 6 смни ташкил қилади. Ўпка пастки қирраси экскурсияси аёлларда эркакларга қараганда ҳажми кичик, чунки нафас олиш ва чиқариш жараёнига диафрагма ҳам қатнашади. Аҳволи оғир беморлар нафасни ушлаб туролмаслиги сабабли уларда ўпка қирраларининг нофаол ҳаракатчанлиги аникланади. Шуни эсда тутиш керакки беморни тик ҳолатдан горизонтал ҳолга ўтказган вақтда жигарнинг олд қирраси орқага силжийди, натижада коста-диафрагмал синусда манфий босим пайдо бўлади ва ўпканинг пастки қирраси 1 – 2 см га пастга сурилади (10-расм).



10-расм. Ўпкани пастки киррасини курак чизиги буйлаб аниклаш

4-жадвал

Нормада ўпка пастки киррасининг ҳаракатчанлиги

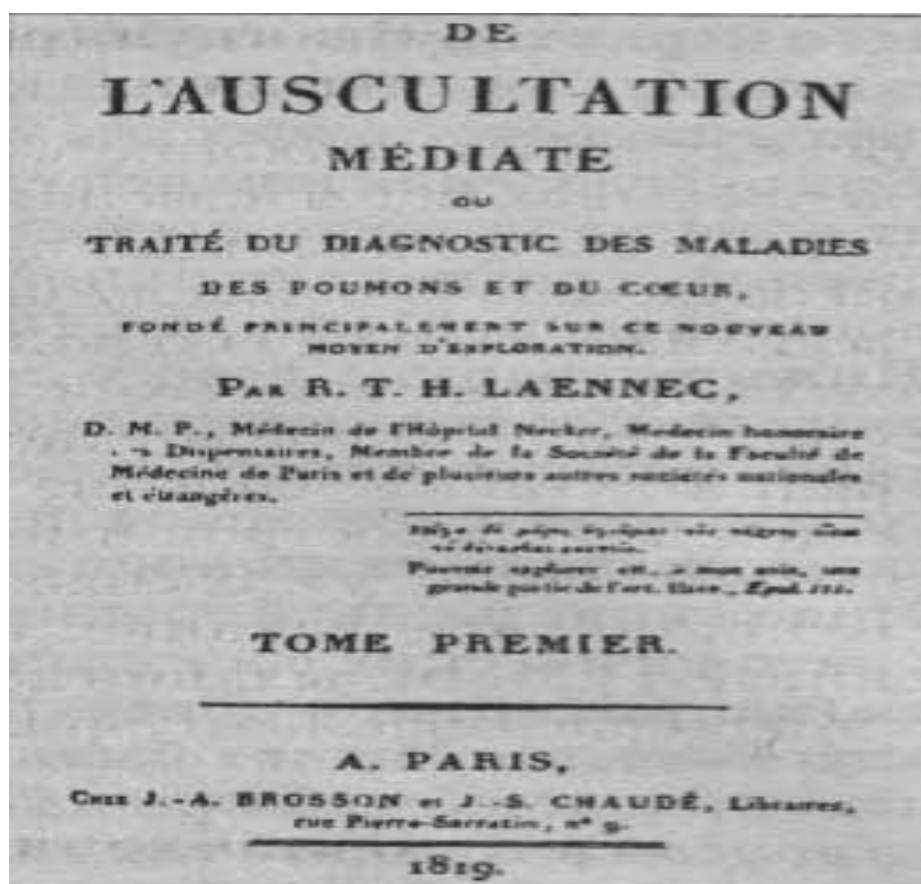
Топографик чизиклар	Ўпка пастки кирраси ҳаракатчанлиги, см					
	Унг			Чап		
	Нафас олганда	Нафас чиқарганда	Йигиндиси	Нафас олганда	Нафас чиқарганда	Йигиндиси
Урта умров чизиги	2 – 3	2 – 3	4 – 6	-	-	-
Урта кул- тик чизиги	3 – 4	3 – 4	6 – 8	3 – 4	3 – 4	6 – 8
Курак чизиги	2 – 3	2 – 3	4 – 6	2 – 3	2 – 3	4 – 6

Чапдан юрак жойлашганлиги сабабли урта умров чизиги буйлаб ўпканинг экскурсияси аникланмайди.

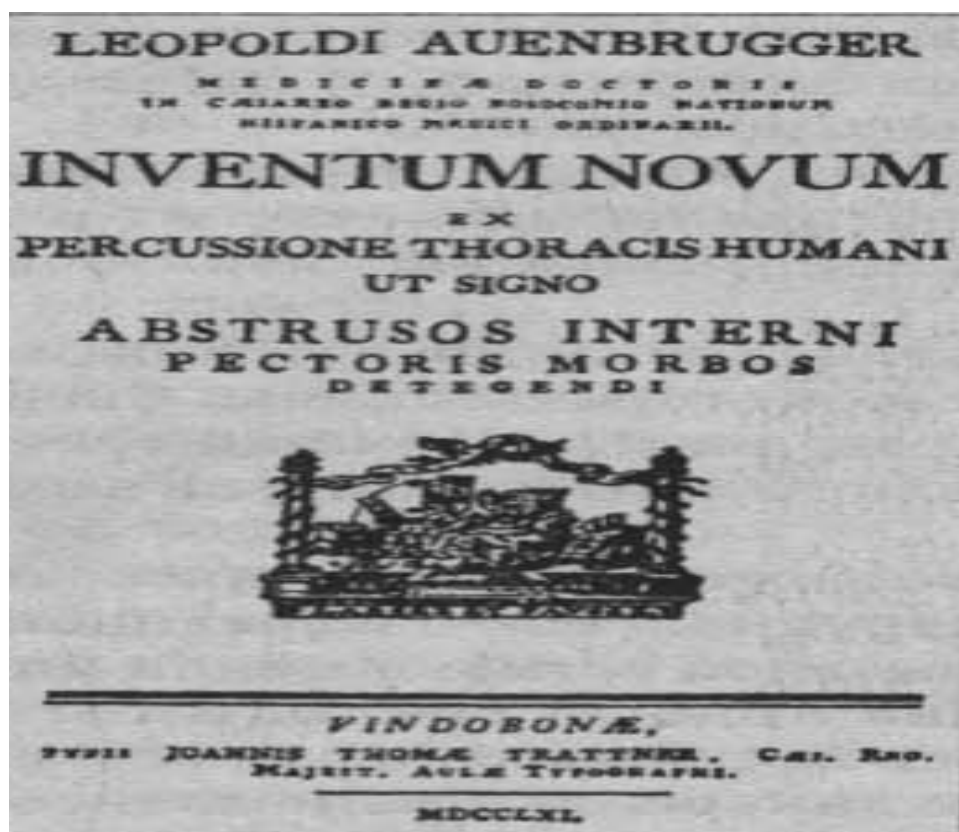
Ташҳис қўйишдаги аҳамияти. Ўпка пастки киррасининг фаол ва нофаол ҳаракатчанлиги ўпка эмфиземаси, ўпка киррасидаги ўчоқли қаттиқлашишларида ва пневмофиброзда қисман ёки тўлиқ йўқолади. Бу ўпка тўқимасининг эластиклигини ўзгариши билан боғлиқ. Бундан ташқари ўпка касалликларидан бошқа ҳолатларда, ўпка туқимасининг кенгайишига қаршилик кўрсатувчи ҳолларда, яъни диафрагма юқорига кўтарилганда (асцит, метеоризм, ҳомиладорлик), плеврал битишмалар, плеврал бўшлиқлар трансудат, қон билан тўлганда ҳам кузатилади.

Ўпкани аускультация қилиш

Ўпкани аускультация усулини икки тури фаркланади: бевосита кўкрак қафасига кулоқ қўйиб ва билвосита фонендоскоп ёки стетоскоп ёрдамида эшитиш. Охирги усул гигиеник жихатдан кулай бўлиб, кичик соҳада пайдо бўлувчи товушларни ҳам аниқроқ эшитиш учун кулай ҳисобланади. Аускультация усулини асосчиси бўлиб француз клиницисти Рене Теофил Мари Гиацинт Лаэнник (1781-1826) ҳисобланади. Лаэнникгача булган даврга кадар Гиппократ замонида ҳам бевосита кулоқ ёрдамида эшитиш усули қулланилган (11-расм).



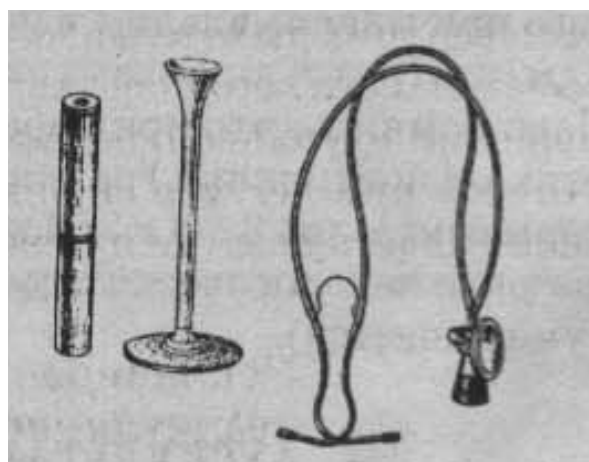
11-расм. Лаэнник аускультация усули қулёзмасининг мукова куриниши.



12-расм. Леопольд Ауэнбруггернинг перкуссия усули тугрисидаги кулёзмасининг мукова куруниши.



13-расм. Рене Теофил Мари Гиацинт Лаэнник (1781-1826)



14-расм а б в

а. Лаэнник стетоскопии, б. умумий кабул килинган стетоскоп, в. фонендоскоп

Стетоскоп (stethos-кукрак, scopein-текшириш) – Рене Лаэнник томонидан 1815 йилда яратилган ва 1819 йилда амалиётда кабул килинган.

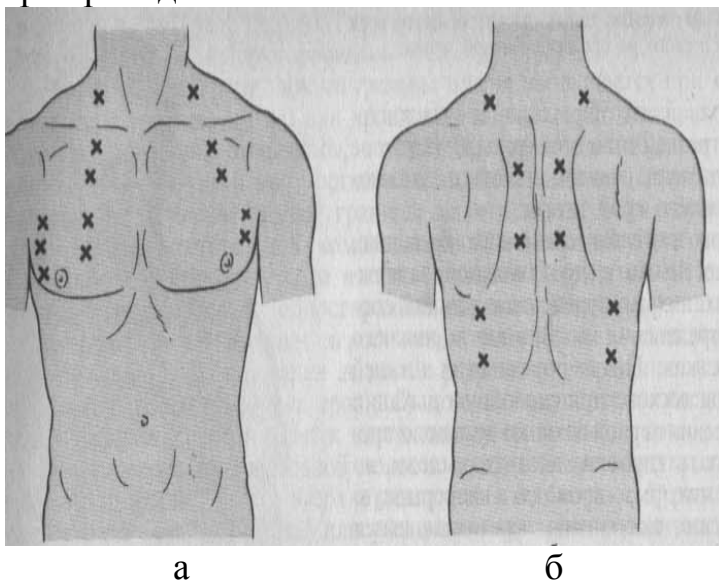
Аускультация утказишнинг қуйидаги умумий қоидаларга риоя қилиш керак:

- беморни утирган, тик турган ёки ётган ҳолатида утказиш

- хона илик ва осойишта булиши
- Фонендоскоп ва шифокорни куллари илик булиши
- Беморни нафас харакатлари бир текисда ва уртача чуқурликда булиши
- Бемор тик турганда врач чап кули билан беморни елкасидан тутиб туриши
- кукрак кафасини симметрик сохаларида утказилиши керак.
- Юрак жойлашган сохада ўпкани эшитилмайди.
- Кукрак кафасини ён қисмларини эшитишда бемор куллари бошнинг энса қисмига қуяди.
- Кукракнинг орқа қисмини эшитиб қуришда бемор озгина олдинга эгилиши ёки куллари кукрак кафасига қовуштирган ҳолатда қуяди.
- Дастлаб бурун билан, кейин оғиз билан нафас олиш ва чиқариш суралади.
- Хар бир эшитиш нуктасида 2-3 нафас ҳаракати суралади.
- Бемор бел қисмига қадар ечинган булиши керак.
- Стетоскоп ёки фонендоскоп кукрак кафасига зич қуйилиши керак.
- Шунингдек беморнинг кийимларига ёки тери қопламидаги жунга қушимча товушлар ҳосил бўлмаслиги учун ишқаланмаслиги керак.
- Қуйидаги кетма – кетликларга риоя қилиш зарур: кўкрак кафасининг чўққисидан бошланиб кейин олд, ён, сўнгра орқа қисмлари эшитилади. Кураклараро сохани эшитиб қуришда эшитиш юзасини ошириш учун бемордан куллари кукрак кафасига қатиштириб, кукрак кафасини кенгрок ушлаб туриш суралади; култик ости сохаларини эшитиб қуриш учун эса куллари юқорига қутариб қафт қисми бошнинг энса сохасига қуйиш суралади.

Қиёсий аускультацияни ўтказишда дастлаб кукрак кафасининг унғ ва чап симметрик сохалари эшитилиб қурилади (15-расм).

Нормада икки хил нафас шовқини тафовут қилинади: везикуляр ва бронхиал. Бу шовқинларни баландлигига, жаранглилигига ва давомийлигига эътибор бериледи.



15-расм. Ўпкаларни қиёсий аускультацияси.
а. олдиндан, б. орқадан

Везикуляр нафас шовкини. Везикуляр нафас шовкини бошқача альвеола нафаси ҳам деб аталади. Бу нафас шовкин асосан ўпка паренхимаси устида, альвеолалар яхши тарак-кий қилган сохаларда эшитилади. Асосан нафас олиш ва чиқаришни бошлан-гич $1/3$ қисмида эшитилади. Шовкин майин, давомли булиб, «Ф» харфи талаффузини эслатади.

Механизми: везикуляр нафас олиш фазасида альвеола деворини ва альвеолалар орасидаги тўрни тебраниши, шунингдек, ўпка туқимаси эластиклигининг иштироки туфайли ҳосил булади. Алвеолалар кетма – кет таранглашиб боради. Натижада нафас олишнинг барча фазасини эгалловчи ва доимий кучайиб борувчи давомли, юмшоқ нафас шовкин юзага келади. Нафас чиқариш вақтида альвеола девори таранглиги тез пасаяди ва тебраниш қобилияти камаёди, шунинг учун нафас чиқаришни бошлангич босқичидагина везикуляр нафас эшитилади.

Нормада везикуляр нафас кўкрак қафасининг олд қисми ва қўлтиқ ости сохаларида яхши эшитилади. Ўпка чўққиси ва қирраларида, яъни альвеолалар кам тараккий этганлиги туфайли паст эшитилади. Куйидаги физиологик ҳолатларда везикуляр нафас кучайиши ёки сусайиши мумкин:

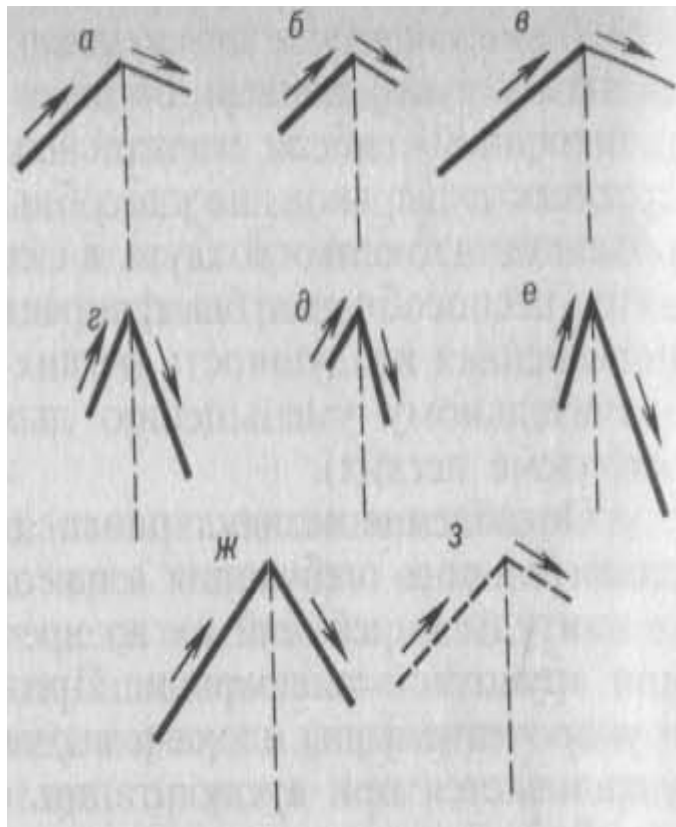
- Сусайиши – уйқу ҳолатида, тери ости ёғ қатлами яхши тараккий қилганда кўкрак қафасининг симметрик сохаларида бир хилда сусаяди.
- Кучайиши – жисмоний зуриқишда, эмоционал ҳолатларда, тери ости ёғ қатла-ми кам тараккий қилганда, симметрик сохаларда бир хилда кучаяди.

Везикуляр нафаснинг куйидаги турлари тафовут қилинади:

1. Болаларда везикуляр нафас кучайган бўлади. Чунки уларда кўкрак қафаси юпка ва альвеолалар деворининг эластиклиги ва тебраниш қобилияти юқори. Бундай нафас пуэрил нафас дейилади, у физиологик ҳисобланади.
2. Дағал везикуляр нафас – нафас олиш ва купрок нафас чиқариш фазасини узайганлиги билан характерланади, асосан уткир ва сурункали бронхит, бронхиал астмада эшитилади. Кучайган везикуляр нафас ўпкадаги патологик ўчоқ яқинида ёки қарама – қарши томондаги ўпкада (соғлом) ҳам эшитилиши мумкин. Бундай ҳолда ўпканинг соғлом сохалари зарарланган соҳа функцияларини ўз зиммасига олиб, одатдагидан кўпроқ фаолият кўрсатади.
3. Саккадирланган нафас – нафас олиш фазаси узук-узук, нафас чиқариш фазаси эса узгармаган. Бу турдаги нафас шовкини ковургалар шикастланганда, нафас мускуллари яллиғланганда кузатилади. Саккодирланган нафас чегараланган соҳада эшитилиб, кўпинча сил этиологияли майда бронхларнинг яллиғланиш жараёнини (бронхиолит) кўрсатади.
4. Сусайган везикуляр нафас – нафас олиш ва чиқариш фазалари кискариши билан характерланади. Везикуляр нафаснинг сусайиши плевра варақларининг битишида кузатилади. Натижада ўпка нафас олиш вақтида тўлиқ кенгай олмайди. Агар плевра варақлари қалинлашган бўлса, везикуляр нафас сусайгандай туюлади (нормадан қалинлашган плевра варақлари везикуляр нафаснинг патологик сусайишига сабаб булади. Нафас йўллариининг торайиши натижасида, яъни уларнинг қисман тўсилиши (ўсма, ёт жисм) ёки

ташкардан босилганда (ўсма, лимфа тугунлар, чандик), катта бронхлар бўшлиғи тўлиқ бекилганда (обтурацияли ателектаз) да ҳам шу сохаларда везикуляр нафас сусаяди (16-расм).

Сусайган везикуляр нафас ўпка эмфиземасида кукрак кафасининг симметрик сохаларида бир хилда эшитилади. Крупоз пневмониянинг бошланғич ва охирги босқичларида (алвеолалар деворининг экссудат билан бўкиши), компрессион ателектазнинг бошланғич боскичида (алвеолалар таранглиги суст, тебраниш амплитудаси камайган, лекин ҳаво тўлиқ чиқмаган) учрайди. Плевра бўшлиғида ҳаво ва суюқлик йиғилган ҳолатда ўпканинг зарарланган ярмида нафас экскурсияси камаяди, везикуляр нафас сусаяди. Бундан ташқари плевра бўшлиғидаги газ ва суюқлик кўкрак кафаси юзасига товуш ўтказилишини қийинлаштиради. Плевра бўшлиғида кўп миқдорда ҳаво ёки суюқлик йиғилганда везикуляр нафас йўқолади яъни умуман эшитилмайди.



16-расм. Нафас шовкинларининг схематик куриниши.

а. везикуляр нафас шовкини, б. сусайган везикуляр нафас шовкини, в. кучайган везикуляр нафас шовкини, г. бронхиал нафас шовкини, д. сусайган бронхиал нафас шовкини, е. кучайган бронхиал нафас шовкини, ж. бронховезикуляр нафас шовкини, з. саккадирланган нафас шовкини.

Бронхиал нафас. Бу соғлом кишиларда ҳикилдоқ, трахея ва йирик бронхлар устида эшитилади. Бунда овоз бойламлари орқали ўтаётган ҳаво оқими уни тебранма ҳаракатга келтириши оқибатида товуш тулқинлари бутун бронх девори бўйлаб тарқалади ва “Х” товушини талаффузига ўхшаш шовқин ҳосил қилади. Бронхиал нафас нафас олиш-чиқариш жараёнида эшитилиб, нафас чиқаришда яхшироқ эшитилади.

Механизми. Нафас олганда, купрок нафас чиқарганда овоз ёригининг торайиши ҳаво оқимини айланма ҳаракат қилиб утишига сабаб бўлади. Натижада нафас шовқини юзага келади. Бу шовқин бронхиал нафас шовқини ёки ларинготрахеал нафас деб аталади. Нормда бронхиал нафас кукрак қафасининг олд томонидан ҳикилдоқ, трахея устида, трахея бифуркацияси соҳасида (туш суяги дастаси устида), орқа томондан эса VII бўйин умурткаси устида, кураклар оралиғида – II-IV- кўкрак умуртқалари соҳасида эшитилади. Кўкрак қафасининг бошқа соҳаларида соғлом одамда бронхиал нафас эшитилмайди, чунки алвеоляр тўқима жойлашган.

Бронхиал нафаснинг куйидаги патологик турлари тафовут қилинади:

1. Патологик бронхиал нафас шовқини –бронхиал нафас шовқини нормада эшитиладиган соҳалардан ташқари, яъни ўпка туқимаси устида эшитилади. Одатда бундай нафас шовқини ўпка туқимасини зичлашувида, альвеолалар яллигланиш экссудати ёки қон билан тулишганда (крупоз пневмониянинг бошланғич босқичида, ўпка инфарктида), ўпка туқимаси қисилганда (компрессияли ателектаз) аниқланади. Бронхиал нафаснинг кучайиши крупоз пневмонияда ўпка туқимасини зичлашуви кенгрок соҳасини эгалласа ва юзарок жойлашганда эшитилади. Сусайган бронхиал нафас эса ўпка инфаркти, ателектазида зичлашув нисбатан кичикрок соҳани эгаллаганда ва чуқуррок жойлашганда эшитилади.
2. Амфорик нафас – амфора грекча «кузача» маъносини билдириб, нафас шовқини гуёки кузага пуфлагандагидек товушни эслатади. Бу нафас шовқини ўпка сили, абсцессида ўпкада силлик деворли бушлик ҳосил бўлганда, бу бушликни диаметри 6-8 см атрофида бўлиб, у бронх билан туташган ҳолатларда эшитилади.
3. Металлик нафас – кучайган бронхиал нафас шовқини бўлиб, металлга урганда пайдо бўладиган товушга ўхшайди. Металлик нафас баланд товуш ва паст кучланишлиги билан фарқланади. Бундай нафас шовқини очиқ пневмотораксда учрайди.
4. Стенотик нафас – бу нафас шовқини кучайган дистанцияли шовқинли нафас бўлиб, асосан юкори нафас йулларига ёт жисм тушганда эшитилади.
5. Аралаш ёки бронховезикуляр нафас – бунда нафас шовқини нафас олиш фазасида везикуляр нафасни, нафас чиқаришда эса бронхиал нафасни эслатади. Асосан крупоз пневмонияни охириги босқичида, пневмосклероз, ўчоқли пневмония, инфильтратив ўпка силида эшитилади (зичлашиш ўчоқлари ўпка тўқимасида чуқур жойлашган бўлса).

Асосий нафас шовкинларининг узаро фарки

Белгилар	Везикуляр нафас	Бронхиал нафас
Хосил булиши	Альвеолаларда	Овоз ёригида
Эшитилиш жойи	Ўпка тукумаси устида	Хикилдок, трахея, бронхлар устида
Дағаллиги	Майин, паст	Дагал, баланд
Эшитилишига кура	«Ф» товушини эслатади	«Х» товушини эслатади
Нафас ҳаракатига нисбатан	Нафас олиш ва чиқаришни 1/3 қисмида	Нафас чиқариш фазасида

Кушимча нафас шовкинлари. Кушимча нафас шовкинлари асосий нафас шовкинлари билан бирга-лиқда нафас йуллари ёки ўпка тукумасида патологик узғаришлар юзага кел-ганда эшитилади. Кушимча нафас шовкинларига қуйидагилар қиради:

- Хириллашлар
- Крепитация
- Плевранинг ишқаланиш шовкини.

Хириллашлар – (ronchi). Хириллашлар ҳаракатига кура қуруқ ва нам хириллашларга бўлинади. Шунингдек, таркок ва учокли қуринишда эшитилади. Бронх деворидаги яллиғланиш шиши, силлик мускуллар спазми ва қуюқ бронхиал секретни тупланиши бронх йуллари утказувчанлигини бузилишига ва қуруқ хирил-лашларни юзага келишига сабаб бўлади. Қуруқ хириллашларни 3 хил тури тафовут қилинади:

- Паст частотали қуруқ хириллашлар – катта калибрдаги бронхлар устида эшитилади (проксимал бронхлар).
- Гунгирловчи қуруқ хириллашлар – урта калибрдаги бронхиолалар устида эшитилади.
- Хуштаксимон, чийилловчи (дистанцияли) қуруқ хириллашлар – майда калибрли бронхиолалар устида эшитилади (дистал бронхиолалар).

Қуруқ хириллашлар асосан нафас ҳаракатини ҳар иккала фазасида ҳам эшитилади, Йўталгандан кейин эшитилиш жойи узғаради, доимий эмас (утқир ва сурункали бронхит, бронхиал астма).

Нам хириллашлар асосан бронх ва бронхиолаларда суюқ бронхиал секретни тупланиши натижасида юзага келади. Бронхни калибрига кура қуйидаги турлари тафовут қилинади:

- Йирик калибрли – йирик пуфакчали
- Урта калибрли – урта пуфакчали

- Майда калибрли – майда пуфакчали

Эшитилиш жойига кура чегараланган сохада (бушлик ҳосил булганда, бронхоэктазда) ва таркок куринишда (сурункали бронхитда) кузатилади. Нам хириллашларни жаранглилигига кура жарангли ва жарангсиз турлари фаркланади: жарангли нам хириллашлар ўпкада яллигланиш жараёнлари кечганда маълум чегараланган сохада эшитилади. Жарангсиз нам хириллашлар эса ўпкада димланиш жараёнлари кечганда, асосан ўпкани пастки қисмларида, ҳар иккала томонда эшитилади.

Нам хириллашлар бронхлар бўшлиғи ёки бронхлар яқинидаги ўпка бўшлиғида тўпланган суюқ ва ярим суюқ ажралмалар (қон, балғам, транссудат) орқали ҳаво ўтганда юзага келади. Бунда ҳосил бўлган ҳаво пуфакчалари ёрилади ва товуш ҳосил қилади. Нам хириллашлар нафас ҳаракатининг иккала фазасида ҳам эшитилади. Йирик, ўрта ва майда пуфакли нам хириллашлар фаркланади. Кичик пуфакли нам хириллашлар майда бронхларда, ўрта пуфакли – ўрта бронхларда, йирик пуфакли – йирик бронхлар ва ўпка бўшлиқларида, катта бронхоэктазларда кузатилади. Нам хириллашлар бронхоэктазлар ёки ўпка бўшлиқларида чегараланган сохаларда, чап қоринча етишмовчилигида ўпкадаги димланиш ҳолларида иккала томондан эшитилади. Агар нам хириллашлар эшитилаётган соҳа яқинида ўпка тўқимаси жойлашган бўлса хириллашлар жуда аниқ, худди қулоқ остида эшитилгандай туюлади. Бундай хириллашлар жарангли хириллаш дейилади. Уларни жарангсиз, яъни ҳаволи ўпка тўқимаси билан ўралган бронхларда ҳосил бўлувчи ва товушлар қийин ўтказилувчи хириллашлардан фарқлаш керак. Ўпка бўшлиқлари устида кўпинча жарангли йирик ёки ўрта пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Чунки улар зич тўқима билан ўралган бўлади. Бундан ташқари катта бўшлиқлар резанатор бўлиши мумкин ва хириллашлар жарангдорлигини оширади. Ўткир ва сурункали бронхитларда нам хириллашлар жарангсиз бўлади.

Крепитация (crepitation). Крепитация – асосан альвеолаларда ҳосил булади. Альвеола бушлигида кам микдорда яллигланиш экссудати йирилганда нафас чиқарганда ёпишган альвеолалар деворини нафас олиш вақтида очилишидан юзага келувчи шовкин саналади. Крепитация қулоқ остида соч тутамининг ишқаланишидан пайдо бўлувчи товушни эслатади. У крупоз пневмониянинг I ва III босқичларида, альвеола девори экссудат билан тўйиниши оқибатида, ўпка инфарктида алвеола деворлари қон билан тўйинган ҳолатларда эшитилади. Ўпкада димланиш кечганда альвеолалар транссудат билан тўйинганда крепитация эмас, балки жарангсиз, нам димланиш хириллашлари эшитилади. Одатда ўпка димлангандаги ва яллиғлангандаги крепитация турлари фаркланади. Димланиш крепитацияси одатда ўпканинг пастки қисмларида, симметрик сохаларида эшитилади. У яллиғлангандаги крепитацияга нисбатан паст товушда булади. Яллиғланиш крепитацияси альвеолалар бушлигига экссудат тупланиши оқибатида ўпка тўқимасининг зичлашуви ва зичлашган ўпка тўқимасини шовқинни яхши

ўтказиши натижасида баланд эшитилиб, чегараланган сохани эгаллайди. Баъзи ҳолларда крепитацияни майда пуфакли нам хириллашдан ажратиш қийин, шунинг учун ёдда тутиш керакки, крепитация фақат нафас олганда эшитилади (6 - жадвал).

Плевранинг ишқаланиш шовқини. Плевранинг ишқаланиш шовқини плевра вараклари яллигланганда куруқ плевритда, яъни плевра пардалари юзасига фибрин чуққанда, экссудатив плевритда плевра вараклари уртасида чандиқ ҳосил бўлганда, ўсма тугунлари плевра юзасига ботганда, силда, уремияда, шунингдек организм сувсизланганда ич кетиш, қусиш ва ҳ.к да эшитилади. Плевранинг ишқаланиш шовқини нафас олганда ва чиқарганда эшитилади. Бу шовқин жуда дағал ҳамда юмшоқ бўлиши мумкин. Организм сувсизланганда у майин, куруқ плевритда эса дағал бўлиб, кўкрак қафасининг чегараланган (ён) сохаларида, эшитилади, баъзан пальпация ёрдамида ҳам сезилади. Плевранинг ишқаланиш шовқини, нам хириллашдан фарқли ўлароқ, йўталгандан кейин йўқолмайди, ҳамда ўзгармайди. Қовурғалар орасига бармоқ билан босилганда яхши эшитилади. Шунингдек нафас олиш ҳаракатини (оғиз ва бурун бекилган ҳолда ёлгондан нафас ҳаракати,) қилганда, бунда диафрагманинг кискариши натижасид плевра варакларининг узаро ишқаланиши юзага келади. Агар нафас шовқини эшитилмаса, бу крепитация бўлиб ҳисобланади. Агар нафас шовқини эшитилса, бу плевранинг ишқаланиш шовқини бўлиб ҳисобланади. Плевранинг ишқаланиш шовқини дағал, баланд, гуёки оёқ остидаги корни босгандаги товушни эслатади.

6-жадвал

Кушимча нафас шовқинларининг узаро фарқи

Белгилар	Хириллашлар	Крепитация	Плеврани ишқаланиш шовқини
Юзага келиш жойи	Бронхиолалар	Альвеола	Плевра вараклари
Нафас ҳаракатига нисбатан	Нафас олганда ва чиқарганда	Нафас олишни чуққисида	Нафас олганда ва чиқарганда
Эшитилиш жойи	Диффуз	Чегараланган	Ён бош сохаларда
Йўталгандан кейин	Йуқолади ёки бош-ка жойда эшитилади	Ўзгармайди	Ўзгармайди
Стетоскоп билан босиб курилганда	Ўзгармайди	Ўзгармайди	Кучаяди
Нафас ҳаракатига боғлиқлиги	Эшитилмайди	Эшитилмайди	Эшитилади

Бронхофония. Аускультация усули ёрдамида товушни хикилдоқдан, овоз ёриги ва овоз бойламлари оркали трахея, бронх ва кўкрак қафасида юқори алвеолалар қатламидан ўтказиш бронхофония усули ёрдамида аниқланади. Бронхофония пальпация усули ёрдамида аниқландиган овоз дириллашини аускультатив эквиваленти бўлиб ҳисобланади. Бунинг учун текширилувчи шивирлаб паст товушда таркибида “Ч” ёки “Ш” ҳарфлари бўлган сўзларни талаффуз қилади. Масалан, шашка, чашка. Соғлом одамда бундай пайтда паст товушда «кук-рак гапириши» кузатилади. Нормада бронхофония кукрак қафасини симмет-рик сохаларида бир хилда эшитилади. Патологияда бронхофония бир томон-дан ёки ҳар иккала томондан кучайиши ёки сусайиши мумкин. Бронхофония-ни кучайиши ўпка туқимаси зичлашганда, ўпка ателектазида, ўпка инфаркти-да кузатилади, сусайиши эса диффуз эмфиземада ҳар иккала томондан, экс-судатив плевритда эса зарарланган томондан эшитилади.

НАФАС ТИЗИМИ ЮЗАСИДАН МАВЗУНИ МУСТАХКАМЛАШ УЧУН ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. Майда бронхларнинг торайишида қандай хириллашлар эшитилади?
*А. Хуштаксимон **
Б. Намли
С. Чувилловчи
Д. Паст товушли хириллаш
Е. Гунгилловчи
2. Зичлашган ўпка туқимаси билан уралган суюқ секретли бронхлар устида аускультацияда нима эшитилади?
*А. Нам жарангли хириллашлар **
Б. Нам жарангсиз хириллашлар
С. Крепитация
Д. Чувилловчи
Е. Гунгилловчи хириллашлар
3. Қайси усул ёрдамида Кренинг майдони аниқланади?
А. пальпация
Б. қиёсий перкуссия
С. аускультация
*Д. топографик перкуссия**
Е. юзаки пальпация
4. Перкуссия усулининг асосчиси ким?
*А. Ауэнбруггер**
Б. Пирогов
С. Лаэнник

Д. Образцов
Е. Яновский

5. Ўпка экскурсиясининг ўнг томонда камайиши қуйидагида кузатилади:

- А. ўнг томонлама гидроторакс **
- Б. бронхоэктаз касаллиги*
- С. Бронхиал астма*
- Д. Ўпка эмфиземаси*
- Е. Пневмония*

6. Уткир бронхитда эшитиладиган қушимча нафас шовкини?

- А. Таркок жарангсиз, нам хириллашлар*
- Б. Крепитация*
- С. Чувилловчи хириллашлар*
- Д. Намли, жарангли хириллашлар **
- Е. Плевра варақларининг ишқаланиши шовкини*

7. Крупоз пневмония авжига чиққанда аускультацияда эшитилади:

- А. Бронхиал нафас **
- Б. Везикуляр нафас*
- С. Крепитация*
- Д. Плевра ишқаланиши шовкини*
- Е. Қуруқ хириллаш*

8. Ўпка йирингли касалликларининг қуп учрайдиган асорати?

- А. Амилодоз **
- Б. Гепатит*
- С. Нефрит*
- Д. Юрак етишмовчилиги*

9. Бронхиал астма касалликларида ҳансираш тури:

- А. Экспиратор **
- Б. Инспиратор*
- С. Аралаш*
- Д. Ҳансираш йук*
- Е. Хаммаси тугри*

10. Бронхиал астма хуружи вақтида аускультацияда нима эшитилади?

- А. Таркок қуруқ хириллашлар **
- Б. Товуш эшитилмайди*
- С. Крепитация*
- Д. Плевра ишқаланиши шовкини*
- Е. Тугри жавоб йук*

11. Беморнинг мажбурий вазиятни эгаллаб, оёқларини пастга тушириб утириши кандай номланади?

*А. Ортопноэ **

Б. Тахипноэ

С. Диспноэ

Д. Опноэ

Е. Тугри жавоб йук

12. Бронхиал астма хуружи вақтидаги аускультатив белгилар?

А. Сусайган альвеоляр нафас

*Б. Қуруқ хуштаксимон, гунгилловчи хриллашлар **

С. Бронхиал нафас

Д. Крепитация

Е. Везико-бронхиал нафас

13. Ўрта пуфакчали нам жарангли хирллашлар эшитилади?

*А. ўчоқли пневмония **

Б. крупоз пневмония

С. бронхиал астма

Д. сурункали бронхит

Е. бронхоэктазда

14. Бронхиал астмадаги перкутор узгаришлар?

*А. Кутича товуши **

Б. Бугик ўпка товуши

С. Нозора товуши

Д. Тумток товуш

Е. ўпка товуши қисқариши

15. Бронхофониянинг кучайиши қуйидаги касалликда юзага келади:

А. Бронхиал астма

*Б. пневмония **

С. бронхоэктаз

Д. сурункали бронхит

16. Крепитация эшитилади:

А. фақат нафас олиш чўққисида

*Б. нафас олганда **

С. нафас чиқарганда

Д. ҳар иккала фазада

17. Плевранинг ишқаланиш шовқини қайси касалликда аниқланади:

- А. пневмония*
- Б. қуруқ плеврит **
- С. эксудатли плеврит*
- Д. бронхиал астма*
- Е. сурункали бронхит*

18. Плевранинг ишқаланиш шовқинини нам хириллашдан фарқи:

- А. йўталганда йўқолади*
- Б. йўталганда йўқолмайди**
- С. йўталганда пасаяди*
- Д. тўғри жавоб йўқ*

19. "Овоз дириллаши" куйидаги касалликларда кучаяди, биттасидан ташкари:

- А. ўпка яллигланганда*
- Б. компрессион ателектазда*
- С. пневмосклерозда*
- Д. ўпка абсцессиди йиринг бронх бушлигига очилганда*
- Е. ўпка эмфиземасида **

20. "Овоз дириллаши" куйидаги касалликларда пасаяди, биттасидан ташкари:

- А. экссудатив плевритда*
- Б. очик пневмотораксда*
- С. клапанли пневмотораксда*
- Д. ўпка эмфиземасида*
- Е. пневмосклерозда **

21. Грокк-Фругони нафаси учрайди:

- А. бош миянинг огир жарохатларида **
- Б. диабетик комада*
- С. уремик комада*
- Д. инсультда*
- Е. жигар комасида*

22. "Зангсимон" балгам кайси касаллик учун хос?

- А. учокли пневмония*
- Б. крупоз пневмония **
- С. ўпка туберкулези*
- Д. ўпка жарохатлари*
- Е. ўпка абсцесси*

23. "Crepitatio indux" характерли:

- А. учокли пневмонияга*
- Б. крупоз пневмониянинг 1 даврига **
- С. крупоз пневмониянинг 2 даврига*
- Д. крупоз пневмониянинг 3 даврига*
- Е. экссудатив плеврит учун*

24. "Crepitatio redux" характерли:

- А. ўпка жарохатлари*
- Б. учокли пневмония*
- С. крупоз пневмониянинг 1 даври*
- Д. крупоз пневмониянинг 2 даври*
- Е. крупоз пневмониянинг 3 даври **

25. Траубе бушлиги йуколади:

- А. чап томонлама экссудатив плевритда **
- Б. унг томонли экссудатив плевритда*
- С. икки томонли экссудатив плевритда*
- Д. ўпка эмфиземасида*
- Е. диафрагма юкори жойлашганда*

26. Перкутор кутича товуш кайси касаллик учун хос?

- А. ўпка эмфиземаси **
- Б. ўпка абсцесси*
- С. туберкулез*
- Д. ўпка раки*
- Е. ўпка инфаркти*

27. Ўпка топографик перкуссияси оркали куйидагилар аникланади биттасидан ташкари:

- А. ўпка пастки чегараси*
- Б. ўпка чуққиларининг юкори жойлашиши*
- С. Крениг майдони*
- Д. ўпканинг кайсидир соҳасида патологик узгаришлар борлиги **
- Е. ўпка пастки чегараларининг ҳаракати*

28. Асосий нафас шовқинларига киради:

- А. везикуляр ва бронхиал **
- Б. везикуляр ва амфорик*
- С. бронхиал ва металсимон*
- Д. бронховезикуляр ва дагал*
- Е. юкоридагиларнинг барчаси*

29. Амфорик нафас эшитилади:

- А. ўпка абсцессиди каверна бронх билан қушилганда*
- Б. крупоз пневмонияда*
- С. ўпка гангренада*
- Д. учокли пневмонияда*
- Е. ўпка гангренада*

30. Ўпка пастки чегараларининг пастга тушиши кузатилади:

- А. ўпка эмфиземасиди*
- Б. пневмосклерозда*
- С. ателектазда*
- Д. плевритда*

ЮРАК ҚОН-ТОМИР ТИЗИМИ

Шикоятлар

Юрак қон-томир тизими касалликларида беморларни шикоятлари иккита катта гуруҳга бўлинади (1-жадвал).

1 -жадвал

Юрак хасталигига чалинган беморларда учрайдиган шикоятлар

Шикоятлар:	
Асосий	Кушимча
ҳансираш	кам кувватлик
юрак соҳасида огрик	тез чарчаш
юрак тез уриши ёки «юрак тухтагандек» ҳис қилиши	куп терлаш
Йўтал	бош айланиши
ўнг ковурга остида огрик ва огирлик хисси	тана хароратини кутарилиши
шишлар	асабийлашиш
никтурия	уйқунинг бузилиши

Ҳансираш. Ҳансираш – dyspное махсус белги булмасдан, балки нафас тизими хасталикларида ҳам учрайди, шунга карамасдан ҳансираш юрак қон-томир тизими касалликларида асосий шикоятлардан бири бўлиб хисобланади.

Механизми: юрак фаолиятини издан чиқиши, айникса чап коринча фаолияти бузилганда юзага келадиган гемодинамик бузилишлар ва кичик қон айланиш доирасида қоннинг димланиши, ўпка артерияси тизими артериолаларининг рефлексор диффуз спазми натижасида ўпка артерияси тизимида босимни ошириши, ўпкани нафас майдонини камайтириши, артерио- веноз боғланишлар натижасида ўпкага оқиб келаётган қонни тулик кислородга тўйинмаслиги, охири оқибатда қоннинг таркибидаги кислород парциал босимини камайтириши ва карбонат ангидрид парциал босимини ошириши туфайли баро- ва хемо- рецепторларни рефлексор кузгалиши натижасида нафас марказини кузгалиши, нафас сонини ортириши, параллел равишда юрак қисқаришлар сонини тезлаштириши билан кечадиган патологик ҳолат бўлиб хисобланади. Беморларда ҳансираш доимий ёки енгил, уртача жисмоний зуриқишда, тинч ҳолатда пайдо бўлиши билан характерланади. «Юрак астмаси»да хуружли тус олади, юрак етишмовчиги ривожланганда горизонтал ҳолатда, тунги вақтлари юзага келиши кузатилади. Ҳансирашни кучайтирадиган омилларга овқат қабул қилиш, сухбатлашиш киради. Шунингдек ҳансирашни юзага келиш вақти (масалан, илгари ҳансираш жисмоний зуриқишда юзага келса, кейинчалик тинч ҳолатда безовта қилиши ёки хуружли бўғилиш ҳолатлари бўлиши) га эътибор берилади.

Клиник жихатдан бугилиш хуружи пайтида беморлар ярим утирган ҳолатни эгаллайди (ортное), тери копламлари – цианоз ёки акроцианоз тусда бўлади. Ёўтал купикли балгам билан баъзан эса қон аралаш, қон туфлаш билан биргаликда кузатилади. Юрак астмасидан фаркли уларок, бронхиал астмада беморлар мажбурий утирган ҳолатни эгаллайди, экспиратор ҳансираш, куруқ Ёўтал, ёпишкок, шишасимон, кийин балгам ажралиши кузатилади ва беморларда куруқ хириллашлар яқин масофадан бевосита эшитилади.

Юрак қон-томир тизими касалликлари билан беморлар жисмоний зурикиш вақтида (зурикишдаги ҳансираш) ёки горизонтал ҳолатда (ортопноэ) ҳансирашни юзага келишини айтади. Баъзан беморлар нафас етишмовчилигидан уйғониб кетади, мажбурий утирган ҳолатни эгаллайди, «огиз билан туйиб нафас олади». Бу хуруж ҳолати Ёўтал ва купикли балгам ажралиши билан характерланади. Ҳансирашни даражаларини аниқлашда Нью-Йорк Кардиологлар Ассоциацияси томонидан таклиф килинган таснифдан клиник текширишларда кенг кулланилади. Бу таснифга биноан ҳансирашнинг куйидаги даражалари тафовут килинади:

I – тинч ҳолатда ҳансираш кузатилмайди, кучли жисмоний зурикишда диспноэ юзага келади.

II – тинч ҳолатда ҳансираш кузатилмайди, уртача жисмоний зурикишда диспноэ юзага келади.

III – тинч ҳолатда белгилар унчалик кузга ташланмайди, диспноэ енгил жисмоний зурикишда юзага келади.

IV – тинч ҳолатда диспноэ – ортопноэ.

Юрак қон-томир тизими касалликларида беморлар ҳансирашга шикоят килганда, унинг характерини аниқлаш учун куйидаги қушимча саволлар билан мурожаат килиш зарур:

Сизда қачонлардир нафас етишмаслиги кузатилганми?

Сизни жисмоний зурикишда ҳансираш безовта киладими?

Кайси қуринишдаги жисмоний зурикишда ҳансираш юзага келади?

Сиз тунги пайтлари ҳаво етишмаслигидан уйғонасизми?

Агар уйғонсангиз мажбурий утиришга ёки урнингиздан туришга ҳаракат киласизми?

Сиз нечта ёстикда ётасиз?

Сизда ҳансираш вақтида Ёўтал ёки хуштаксимон товуш пайдо буладими?

Саволар ёрдамида ҳансираш характери аниқланилганди сўнг унинг фарқли хусусиятларига баҳо берилади.

Куйидаги 2- жадвалда нафас ва юрак қон-томир тизими хасталикларида юзага келадиган ҳансирашнинг ўзига хос хусусиятлари ҳамда асосий фарқлари келтирилган.

2-жадвал**Ҳансирашнинг нафас ва юрак касалликларида асосий фарқи**

Белгилари	Нафас касалликлари	Юрак касалликлари
Нафас фазасига богликлиги	Нафас чиқариш фазасида (экспиратор)	Нафас олиш фазасида (инспиратор)
Беморнинг ҳолати	Мажбурий утирган	Ортопноэ
Самара беради	Бронхолитиклар	Юрак гликозидлари
Тери қоплами	Цианоз	Акроцианоз
Периферик шишлар	Кузатилмайди	Кузатилади

Юрак соҳасидаги огриклар. Юрак соҳасидаги огриклар механизмига кура 2 гуруҳга бўлинади: 1 – коронороген (ангиноз) огриклар– юрак тож томирлари зарарланиши билан боғлиқ бўлиб, айнан, юрак қон-томир тизими касалликларига хос бўлиб ҳи-собланади. 2 – нокоронороген огриклар (кардиалгия) – тож томирлар пато-логияси билан боғлиқ бўлмаган ҳолда мускуллар, нервлар яллигланганда, қовургалар шикастланганда, умуртка погонаси касалликларида (дискоген) огриклар, шунингдек, кардионеврозларда ҳам қузатилади.

Механизми: ангиноз огриклар асосида юрак тош томирларини спазми (коронороспазм, ангиоспазм) туфайли миокардни қислородга бўлган эҳтиёжи тулик қондирилмайди, натижада кардиоцитда модда алмашинуви-нинг оралик маҳсулотлари, яъни тулик оксидланмаган пирлаузум ва сут қислотасини тупланиши рефлексор равишда огрикни юзага келтиради. Юрак соҳасида огрик билан шикаят қилган беморларда огрикни қуйидаги мезонларига эътибор берилиши шарт. 1 – огрикни жойлашган жойи (локализацияси), 2 – огрикни юзага қелиш вақти, 3 – огрикни давомийлиги, 4-огрикни интенсивлиги, 5 – огрикни тарқалиши (иррадиацияси), 6 – огрикни характери, 7 – огрикни бартараф бўлиши. Масалан: стенокардияга хос огриклар санқувчи, қижимловчи характерда бўлиб, туш суягини ортида жойлашган, чап елка, чап қул, чап қурак остига узатилади, давомийлиги 15 дақиқача, қисмоний қуриқишда юзага қелади, тинч ҳолатда ёки нитроглицерин қабулидан кейин утиб қетади.

Коронороген огрикларнинг характерини аниқлашда беморларга қуйидаги қушимча саволлар билан қурожаат қилинади:

Сизни қисмоний қуриқиш вақтида қуқрак қафасидаги огриклар безовта қиладими? Масалан, қинадан қутарилишда.

Қуқрак қафасининг қайси қисмида огриклар юзага қелади?

Совуқда огриклар қучаядими?

Овкат қабул қилгандан кейин, жисмоний машгулотлар вақтида сиздаги огриклар кучаядими?

Огриклар сизни жисмоний зуриқишни тухтатишга мажбур қиладими?

Тинч ҳолатда огриклар бартараф буладими?

Эмоционал ҳолатларда огриклар кузатиладими?

Куйидаги жадвалда коронароген ва нокоронароген огрикларнинг узаро фарқи келтирилган.

3-жадвал

Нокоронароген огрикларни сабаблари ва хусусиятлари

Сабаблари	Огрик хусусиятлари
1. Плеврит	Чуқур нафас олганда, йўталганда кучаяди ва плевритга хос бошқа симптомлар билан кушилиб келади.
2. Невроз	Огриклар асосан эмоционал ҳолатлар билан боглик булиб, юрак чуққисида жойлашади, турли хил характерга эга, давомийлиги турлича (бир неча сониядан бир неча соатгача)
3. Кизилунгач касалликлари (спазм, рефлюкс-эзофагит)	Туш ортида куйишиш хиссини булиши (тунда, горизонтал ҳолатда), овкат қабул қилгандан сунг, нитроглицерин қабулидан сунг камаяди.
4. Кукрак кафаси касалликлари (миозит, остеохондроз)	Огриклар ҳаракатланганда, тана вазияти узгарганда кучаяди, узок давом этади, нитроглицерин ёрдам бермайди.

Юрак тез уриши ёки «юрак тухтагандек» булиши. Бу ҳолатларда беморлар асосан киска муддатли юрак тухтагандек булишига шикоят қиладди. Бу шикоят юрак касалликларига хос ва юракка боглик булмаган (эмоционал стресс, тиреотоксикозда, ҳарорат кутарилган-да) ҳолларда ҳам кузатилади. Ҳароратни 1°C га ошиши юрак кискаришлар сонини 10 – 12 тага тезлаштиришини унутмаслик керак. Юрак тез уриши доимий характерда ёки хуруж (пароксизмал тахикардия) қуринишида булиши мумкин. Пароксизмал тахикардия купинча жисмоний зуриқишдан кейин ёки тана ҳаракатини маълум бир қуринишларида юзага келади. Бундай пайтда беморлар иш фаолиятини тухтатишга ва дам олишга мажбур буладилар. Баъзи ҳолларда беморлар эс-хушини йукотади. Пароксизмал тахикардия билан купгина беморлар махсус ҳолатларда (масалан, Вальсальв синамаси) ёрдамида хуружни бартараф қиладди. Айрим ҳолларда эса хуруж чой, кофе, вино ёки шоколад истеъмол қилгандан кейин юзага келади.

Юрак тез уришини сабаблари:

- Экстрасистолиялар
- Пароксизмал титрок аритмия
- Тиреотоксикоз
- Пароксизмал тахикардия
- Климакс даври

Беморлар юрак тез уришига шикоят килганда уларга куйидаги кушимча саволлар билан муружаат килинади:

- Хуруж вақтидаги юрак уриши ритмини тасвирлаб бера оласизми?
- Юрак уриши маромлими ёки мароми бузилганми?
- Хуружни бошланишига сабаб булувчи омиллар кузатиладими?
- Хуружни тухтатиш учун сиз бирор чора курасизми?
- Хуруж вақтида сиз нима киласиз?
- Сизнинг ахволингизни овкат махсулотларидан бирортаси ёмонлаштирадими?
- Хуруж вақтида сиз канака дориларни қабул киласиз?

Йўтал. Йўтал – tussis хос бўлмаган белги бўлиб, юрак нуқсонларида, асосан митрал стенозда, ўпка артерияси тромбозмида кузатилади.

Механизми: чап қоринча етишмовчилиги ва кичик қон айланиш доирасида қоннинг димланиши натижасида ўпкада қоннинг кислородга туйиши издан чиқади. Кичик қон айланиш доирасида қоннинг узок димланиши ўпканинг функционал ҳолатини издан чиқишига ва ташқи нафас фаолиятини узғаришига сабаб бўлади. Бу ҳолат кукрак қафаси нафас экскурсияси ва ўпка пастки қирраси ҳаракатчанлигини чегараланишига олиб келади (димланишга хос бронхит). Беморларда қуруқ Йўтал ёки кам микдорда шиллиқли балғам ажралиши, аускультацияда ўпка устида дағал везикуляр нафас, қуруқ хириллашлар, асосан кукрак қафасининг орқа ва пастки қисмларида, кейинчалик нам майда пуфакчали хириллашлар эшитилади. Кичик қон айланиш доирасидаги узок, давомли димланиш ўпка паренхимасида бириктирувчи туқиманинг диффуз узишига, газлар алмашинувини ёмонлашувига, майда капиллярлар деворини ёрилиши ва қон аралаш балғам ажралишига олиб келади (кардиоген пневмосклероз), балғамда «юрак нуқсони хужайралари» аникланади.

Оғир ҳолатларда Йўтал билан биргаликда қон туфлаш ёки уни тизилиб оқиши қуринишида (аорта аневризмаси) кузатилади.

Шишлар. Шишлар – oedema юрак қон-томир тизими касаликларида кузатила-диган асосий шикоятлардан бири.

Механизми: чап қоринча етишмовчилиги, кичик қон айланиш доирасида қоннинг димланиши, кейинчалик ун қоринча фаолиятини бузилиши ва катта қон айланиш доираси веналарида қоннинг димланиши, гидростатик босимни ошиши, капиллярлар узказувчанлигини кучайиши шишларни юзага келтиради. Шунингдек ренин-ангиотензин-альдостерон тизими фаоллигини ошиши, иккиламчи гиперальдостеронизм, антидиуретик гормон фаоллигини

ошиши, онкотик босимни пасайиши (катта қон айланиш доирасида узок давом этган веноз димланиш жигар фаолиятини пасайиши ва альбуминлар синтезини камайишига олиб келади) туфайли шишлар янада авж олади. Юрак касалликларига хос булган шишлар оёқлардан бошланиб, симметрик куринишда, асосан кечкурунга караб кучаяди. Юрак касалликларига хос шишлар буйрак касалликларига хос булган шишлардан куйидагича фаркланади:

4-жадвал

Юрак ва буйрак хасталикларига учрайдиган шишларнинг фарқи

Белгилар	Юрак касаллигига хос шишлар	Буйрак касаллигига хос шишлар
Бошланиши	Оёқлардан	Юздан, куз атрофида
Юзага келиш вақти	Кечкурунга караб	Эрталаблари
Тери копланлари ранги	Куқимтир	Оқимтир
Пайпаслаб курганда	Каттик	Юмшок
Мак – Кюллер – Олдрич синамаси	15 – 20 дақиқа	5 – 10 дақиқа

Шислар авж олиб борганда оёқлардан аста-секинлик билан корин бушлигида (ascit), плевра бушлигида (hydrotoraks), перикард бушлигида (hydroperikard) ва бутун тана буйлаб (anasarka) тарқалади.

Унг кокурга остида огирлик ва огрик хиссини булиши. Юрак қон-томир тизими касалликларига беморларда кузатиладиган бу шикоят қон айланиши етишмовчилигини белгиларидан бири булиб, жигарда қоннинг димланиши, корин бушлигида суюкликни тупланиши, жигарнинг катталашиши (hepatomegaliya), баъзи ҳолатларда талокни катталашиши (splenomegaliya) билан кузатилади.

Беморларни сураб-суриштирганда ҳар бир шикоятга синчковлик билан эътибор бериб, изохлаш зарур. Симптомларни санаб утган талабада эмас, балки уларни клиник аҳамиятини изохлай олган талабадагина клиник тафаккурлаш қобилияти ривожланади.

Никтурия – бу юрак қон томир тизими касалликларига кундузги олигурия ҳолатини тунги диурез микдорини кундузги диурезга нисбатан устунлик қилиши ҳисобланади. Бу ҳолат сурункали юрак етишмовчилигининг декомпенсация фазасида кузатилади ва горизонтал ҳолатда (тунги вақтда) буйраklar орқали утаётган қон микдорининг ошиши ва буйраklar фаолиятини яхшиланиши билан изоҳланади (юрак касаллигига хос никтурия). Бундан фарқ қилиб буйрак касалликларига никтурия сурункали

буйрак етишмовчилигининг терминал боскичида кундузги полиурия фонида юзага келади.

Касалликни ривожланиш тарихи (anamnesis morbi)

Беморларни сураб-суриштиришда касалликка хос булган симптомларни юзага келиш вақтини, уларнинг кетма-кетлигини, касалликнинг кечишини, илгари утказилган клиник-лаборатор текширишлар натижаларига эътибор бериш керак. Шунингдек, беморга илгари утказилган даво профилактик тадбирлар, дори воситаларининг кулланилиши самарасини хисобга олиш зарур.

Беморнинг ҳаёт анамнези (anamnesis vitae)

Беморнинг ҳаёт анамнезини йиғишда касалликни ривожланишига туртки булувчи (ирсий ва тугма) омиллар, бошдан утказган касалликлари (ревматизм, стрептококкли инфекция, сифилис), зарarli одатлари (чекиш, алкоголь истеъмол қилиш), турмуш тарзи, овқатланиш характери, ишлаб чиқаришдаги салбий омиллар (шовкин, вибрация, электромагнит майдон) га эътибор берилади.

Кари ёшдаги кишиларни юрак қон-томир тизими касалликлари билан текширишда уларнинг ёши ёки умумий ахволининг оғирлиги тўла текширишга ва ташҳисни аниқлашга ҳалакит бермаслиги керак. Кари ёшдаги кишиларни текшириш услуби ёшларда утказиладиган ўхшаш текширишлардан бир мунча фарқ қилади. Кари ёшдаги кишиларда купинча ҳаракат чегараланганлиги туфайли бу беморларда жисмоний зуриқиш синамалари утказилмайди. Бирок бу усулга ўхшаш қуринишда фармакологик тест синамалари утказилади. Ёшлардан фарқ қилиб кари ёшдаги кишиларда юрак қон-томир тизими касалликлари купрок учрайди, кўп аъзоларни бир вақтда фаолиятини бузилиши клиник ташҳисни фарқлашда ва аниқлашда кийинчиликларни юзага келтиради.

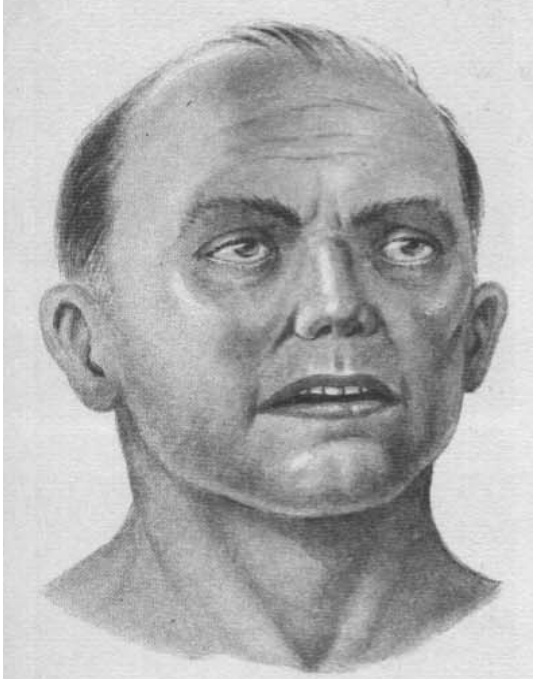
Гипертония касаллиги, юрак ишемик касаллиги ва периферик томир касалликлари кари ёшдаги кишиларда купрок учрайди. Юрак ишемик касаллиги баъзида белгисиз кечади, чунки енгил жисмоний зуриқиш стенокардия хуружини чақирмайди. Миокард инфарктининг оғриксиз қуринишдаги кечиши ҳам кари ёшдаги кишиларда купрок учрайди. Юрак етишмовчилигига хос булган белгилар ҳам ёши катталар учун характерли. Бирок катта ёшдаги кишиларда тупиклар соҳасидаги шишлар юрак етишмовчилигидан эмас, балки қоннинг веноз димланишидан далолат беради. Аорта оғзи стенози катта ёшдаги беморларда юрак қопқоқларининг калцинозланиши туфайли юзага келади. Бундай ҳолатларда қон босими ёки пульс характеридаги узгаришлар кари ёшдаги беморларнинг ахволини тўла баҳолай олмайди. Шунинг учун текшириш режасига албатта ЭКГ ва ЭХоКГ усуллари киритилиши шарт. Катта ёшдаги кишиларда купинча юрак уриши маромининг бузилишлари, жумладан қоринча ёки булмача қуринишдаги экстрасистолиялар ёки пароксизмал тахикардия учраб турсада, бу узга-

ришлар бирор куринишдаги клиник белгини юзага келтирмайди. Кари ёшдаги кишилар купинча бош айланиши ва хушдан кетиш аломатларига шикоят килади. Бунга сабаб ортостатик артериал гипотония, вертебробазилляр етишмовчилик (умуртканинг буйин кисми спондилёзи) ёки юрак аритмиялари (купрок брадикардия) купинча ЭКГ мониторингида аникланади.

Кари ёшдаги кишиларда кўп аъзоларда юзага келадиган узгаришларнинг мавжуд булиши ва улар турли хил дори воситаларини кабул килишини хар доим эсда тутиш лозим. Бу холат баъзида уз-уздан юрак қон-томир тизими фаолиятини бузилишига сабаб булади. Масалан: ностероид яллигланишга карши дори воситалар организмда суюкликни йигилишига ва қон босимини кутарилишига ёки ошқозон шиллик каватида эрозия ва яралар пайдо булишига сабаб булади. Шунинг учун ташхис аниқ булмасдан туриб тўлиқ хулоса чикариш мумкин эмас.

Куздан кечириш

Куздан кечириш - (inspectio) юрак қон-томир тизими касалликларида беморларни куздан кечириш умумий ва махаллий куринишда олиб борилади. Умумий: беморни холати, вазияти, тери копламлари ва шиллик пардаларни ранги, юз ифодаси, буйин томирлари холати, периферик шишларга эътибор бериледи. Махаллий: юрак сохасига, туртки зарбига ва бошка пульсацияларга эътибор бериледи. Беморларни ахволи коникарли, уртача огирликда, огир, нихоятда огир, терминал холатда булиши мумкин. Беморларни холати актив, пассив, мажбурий (ortopное) – юрак астмасида, мажбурий чап ёнбошга ётиш (куруқ перикардит), мажбурий олдинга эгилиб утириш (экссудатив перикардит) да кузатилади. Юрак қон-томир тизими касалликларида гемодинамик узгаришлар газ алмашинувининг бузилиши билан характерланади. Қон окими тезлигининг секинлашуви тукималар томонидан кислородни куплаб узлаштирилишига (утилизация), яъни нормадаги 30% урнига 60-70% гача узлаштирилишига сабаб булади. Периферик қондаги кислород микдорини фарқи ошиб боради. Бу холат беморларни куздан кечирганда цианоз ва акроцианоз куринишини аниқлаш имқонини беради. Тери копламлари – лаб, бурун канотлари, кулок супраси, яноклар кукимтир (цианоз), оёк-кул панжалари кукимтир (акроцианоз), шиллик пардалар оч пушти рангда, баъзан субиктерик (саргимтир) рангда булади, чунки қоннинг таркибида кайтарилган гемоглобин микдорининг ошиши (50 г/л дан юкори) оксигемоглобиндан фарқ килиб, тук рангда булади, натижада цианоз юзага келади (14-расм).



14-расм. Цианоз.

Юз ифодаси – *facies mitralis*, Корвизор юзи, юз тери копламларини окимтир рангда булиши кузатилади. Буйин томирлари – кенгайган, буртиб чиккан ва пульсацияси (*v.yugularis*) кузга яккол намоён булади. Каротид ракси – умумий уйку артериясини систолик кенгайиши ва диастолик кичрайиши (Мюссе симптоми – аорта қопқоғи етишмовчилигида) кузатилади. «Стокс ёкаси» - веноз димланишининг махаллий куриниши булиб, кукс оралиги ва юкори кавак веналарининг кисилиши (усма, чандик) натижасида юзага келади. Бунда беморларнинг юзи, буйни ва кулларида шиш, цианоз аломатлари кузатилади.

Юрак сохасини куздан кечириш

Юрак қон-томир тизими касалликларида юрак сохасини куздан кечирганда юрак туртки зарбига алохида эътибор берилади. Соғлом кишиларда одатда туртки зарби $1/3$ ҳолатларда (ковургалар кенг ва ясси булганда, ковургалар ораси тор булганда) кузга ташланмайди. Тери ости ёғ катлами кам тараккий этган, астеник тана тузилишидаги кишиларда туртки зарби яккол кузга ташланади. Патологик ҳолатларда эса куйидагилар аникланади:

1 – юрак букрилиги - *gibbus cardiaca* – юрак нуқсонларида гипертрофия хисобидан курак кафасида гумбазсимон букрилик пайдо булади.

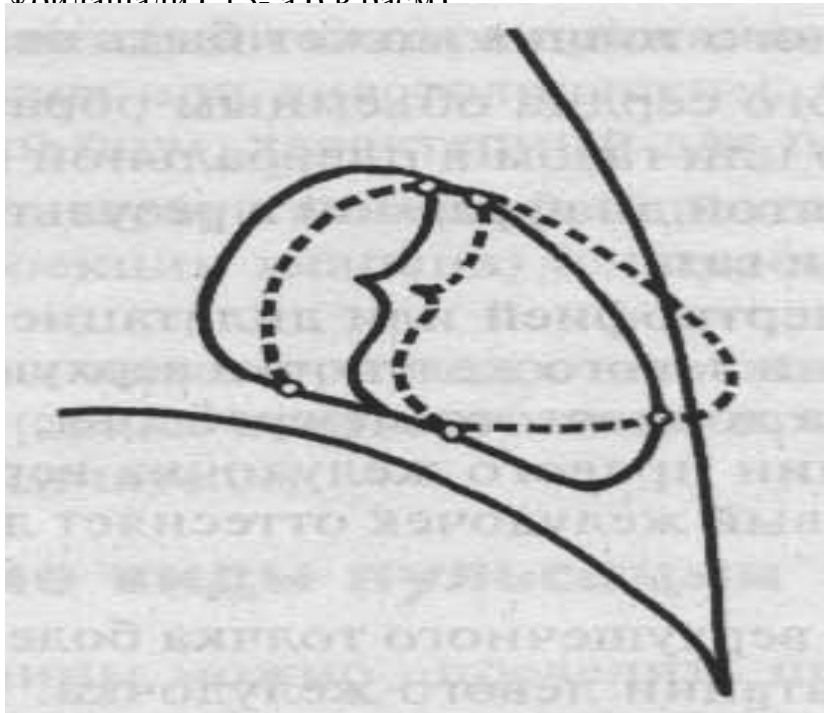
2 – юрак зарби (эпигастрал пульсация) – юрак нуқсонларида унғ коринча гипертрофияси хисобидан ханжарсимон усик остида пульсация кузатилади.

3 – ретростернал (туш орти) пульсацияси – аорта аневризмасида, артериал гипертензияда, аорта қопқоқлари етишмовчилигида аникланади.

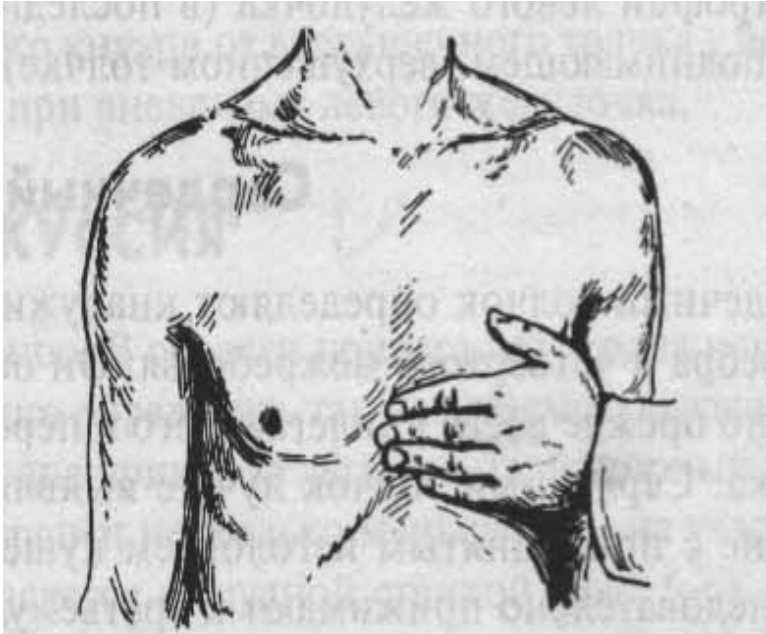
4 –митрал қопқоқ етишмовчилигида чап коринча гипертрофияси ривожланганда чап томондан V қовурға оралиғида кенгайган, гумбазсимон кутарилган, чапга ва пастга сурилган юрак туртки зарби кўзга ташланади.

Юрак пальпацияси

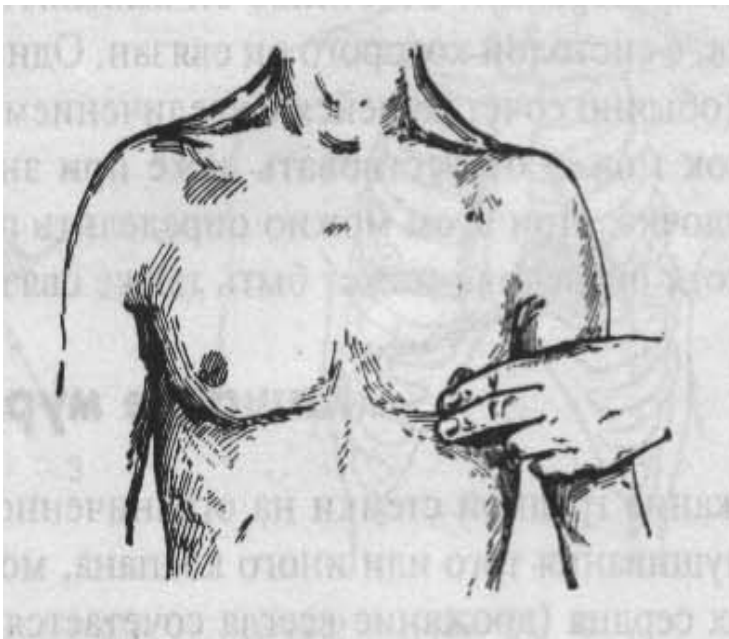
Пальпация усули ёрдамида юрак туртки зарби, юрак зарби, кукрак кафаси деворини ва йирик томирларни титрашини аниклаш мумкин. Бунинг учун бемор горизонтал ҳолатни эгаллайди, текширувчи унғ кул кафтини юрак соҳасига қовургаларга параллел равишда қуяди (кафтни асоси туш суягида бармоқ учлари 4-5-6-қовургалар уртасида), туртки зарби аниқлангач, 2-3-4-бармоқларни юмшоқ қисми билан аста-секин пайпаслаб, унинг жойлашган жойи ва хусусиятлари урганилади. Нормада юрак туртки зарби 5 – қовурға оралиғида l. medioclavicularis sinistra чизигидан 1,5 – 2 см ичкарида жойланади (15-а б.в. расм).



15-расм. а. Туртки зарбини ҳосил бўлиш механизми. Узук чизик ёрдамида систола вақтидаги юракни ҳолати қўрсатилган.



б. Кафт ёрдамида туртки зарбини пайпаслаб куриш.



в. Бармоқлар ёрдамида туртки зарбини аниклаш

Бемор чап ён томонга ётганда туртки зарби 3-4 см чапга силжийди, унғ томонга ётганда эса 1-1,5 см унғга силжийди. Туртки зарбининг сурилиши юрак ва уни ураб турган кушни аъзолар ҳолатига боглик равишда узгариб туради. Чап коринча гипертрофияси вақтида туртки зарби чапга силжиб аксилляр чизикгача етади ва пастга VI-VII ковурга оралигигача сурилади. Чап коринчанинғ кескин кенгайиши натижасида чап коринча чапга сурилиб, туртки зарби ҳам чапга силжийди. Юрак тугма нуқсонлари – юрак унгда жойлашганда (декстрокардия) – туртки зарби унғ урта умров чизигидан 1-1,5 см ичкарида, V – ковурга оралигида аникланади.

Туртки зарбининг ҳолатига диафрагма ҳам таъсир курсатади. Корин бушлигида босимнинг ортиши (хомиладорлик, асцит, метеоризм, усмалар) туртки зарбини юкориға ва чапга силжишига сабаб булади. Бунда юрак горизонтал ҳолатни эгаллайди. Кучсизланган беморларда туғруқдан кейинги даврда диафрагма пастга тушганда, киши озганда (висцероптоз) туртки зарби пастга ва бироз уннга силжийди. Бунда юрак вертикал ҳолатни эгаллайди.

Унг плеврал бушликка газ ёки суюклик йигилганда туртки зарби чапга силжийди; плевра перикардиал чандиклар ва ўпкалардаги фиброз узгаришлар туфайли юрак жароҳатланган томонга қараб сурилади, шунга мос равишда туртки зарби ҳам силжийди. Чап томонлама экссудатив плевритда ва перикард бушлигига суюклик йигилганда туртки зарби йуқолади. Нормада $1/3$ ҳолатларда туртки зарби аниқланмайди (ковургалар тусиб туради). Юрак туртки зарби хусусиятларига қуйидагилар қиради:

1 – майдони – туртки зарбининг кукрак кафасига курсатаётган таъсири; нормада унинг диаметри 1-2 см. Агар туртки зарби майдони 2 смдан ортиқ булса, кенгайган, агар кичик булса, чегараланган ҳисобланади. Кенгайган туртки зарби юрак улчамларини, айниқса чап коринча улчамини катталашганидан далолат беради. Юрак туртки зарбининг майдони юрак кукрак кафасига яқин келганда, кукрак кафаси тор булганда, ковургалараро бушлик кенгайганда ва ўпкаларни пастки қирраси бўжмайганда кенгаяди. Туртки майдонининг қисқариши эса ўпка эмфиземасида, диафрагма пастга тушганда, ковургалар ораси торайганда, тери ости ёғ қатлами шишганда қисқаради.

2 – амплитуда – юрак туртки зарбини юрак соҳасида кукрак кафасига курсатаётган тебранишларининг катталиги. Туртки зарбининг катталигига кура, юкори ва паст туртки зарби тафовут қилинади. Туртки зарбининг бу хусусияти унинг майдони билан бир хил йуналишда узгаради. Жисмоний зуриқишда, ҳаяжонланганда, ҳарорат кутарилганда, тиреотоксикозда туртки зарби баландлиги ошади. Семизликда, ковургалар ораси кенгайганда туртки зарби пасаяди.

3 – кучи – туртки зарбини пайпасловчи бармоқларга курсатаётган босими. Туртки зарбининг кучи унинг майдони ва амплитудаси қаби кукрак кафасининг қалинлигига ва юракни кукрак кафасига яқин жойлашганлигига боғлиқ. Бирок, туртки зарбининг кучи чап коринчанинги қисқариш кучи билан нисбатда боғлиқ. Қучайган туртки зарби чап коринча гипертрофиясидан далолат беради.

4 – резистентлиги – бу юрак мушаклари қучини пальпатор аниқлаш демакдир. Қоринчалар гипертрофиясида бу қуч ошади, натижада туртки зарби резистентлиги ҳам ошади. Шундай қилиб, чап коринча гипер-трофияси учун кенгайган, баланд, қучайган, резистентлиги ошган туртки зарби ҳарактерли.

Нормада туртки зарби амплитудаси, қучи, резистентлиги уртача даражада аниқланиб, майдони 2 см^2 ни ташкил қилади.

«Мушук хириллаши» (fremissement cataire). Юрак соҳасини пальпация килганда патологик ҳолатларда «мушук хириллаши» симптоми аникланади. Бу симптом қон оқими йуналиши узга-риши натижасида кукрак қафасида узига хос қуринишдаги кукрак қафаси-нинг титраши булиб, мушукнинг бошига кафтни куйганда аникланадиган хириллашини эслатади ва шундай номланади. Бу пальпатор белгини юзага келиш механизми юрак шовкинларининг механизмига ўхшаш тарзда, яъни юрак қопқоқлари ва деворининг кучли тебраниши натижасида юзага келади. Мушук хириллаши 2 хил қуринишда кузатилади:

1 – диастолик «мушук хириллаши» - юрак чуққисиди, V – коворга оралигида диастола фазасида, аникроги пресистолик мушук хириллаши булиб, туртки зарбидан олдин аникланади, митрал тешикнинг торайиши натижасида юзага келади.

2 – систолик «мушук хириллаши» - ундан II – коворга оралигида, аорта огзи стенозиди аникланади.

Тугма юрак нуқсони (Толочинов-Роже касаллиги) – коринчалараро тусик бекилмай қолганда аникланадиган мушук хириллаши қулга баланд ва дағал унаши билан ажралиб туради. Бу систолик хириллаш булиб, у чапдан III - IV коворга оралигида аникланади. Боталлов йули бекилмай қолганда эса, аникланадиган систолик мушук хириллаши кўкрак қафасини чап томонидан II коворга оралигида қўл кафтига сезилади.

Юрак перкуссияси

Бугунги кунга келиб, амалиётга юрак эхография усулини кириб келиши билан юракни перкуссия қилишнинг диагностик аҳамияти бир мунча пасайди, лекин бу ҳали усулнинг моҳияти ва уни узлаштириш зарурияти қамайтиргани йук. Юрак бугиклигини томир тутамининг унг қирраси, юқориги ковак вена, III коворганинг юқориги қирраси, пастдан унг булмача ташкил қилади. Чап қиррасини эса юқоридан аорта равогининг чап қисми, ўпка артерияси, III коворга тугрисиди чап булмача, пастдан эса чап коринчанинг латерал қисми ташкил қилади. Юракнинг олдинги юзасини унг коринча ташкил қилади. Юрак мушакли аъзо ва ўзиди суюқлик қон сақлаганлиги сабабли туқиллатиб қурганда бугик перкутор товуш аникланади. Бирок, юрак ён томонлардан қисман ўпка билан қопланганлиги сабабли перкутор товуш нисбий бугик ва абсолют бугик қуринишида ҳосил булади. Юракнинг нисбий бугиклик чегараси юракнинг ҳақиқий чегарасига мос келиб, ўпка билан қопланган ва перкуссия қилганда бугик перкутор товушни юзага келтиради. Абсолют бугиклик чегараси юракни ўпка билан қопланмаган қисми булиб, туқиллатиб қурганда мутлоқ бугик товушни ҳосил қилади. Юракни чегараларини аниқлашда бемор горизонтал ёки вертикал ҳолатни эгаллаши мумкин; шуни таъқидлаш керакки, диафрагмани сурилишига боғлиқ равишда юракнинг улчамлари горизонтал ҳолатга

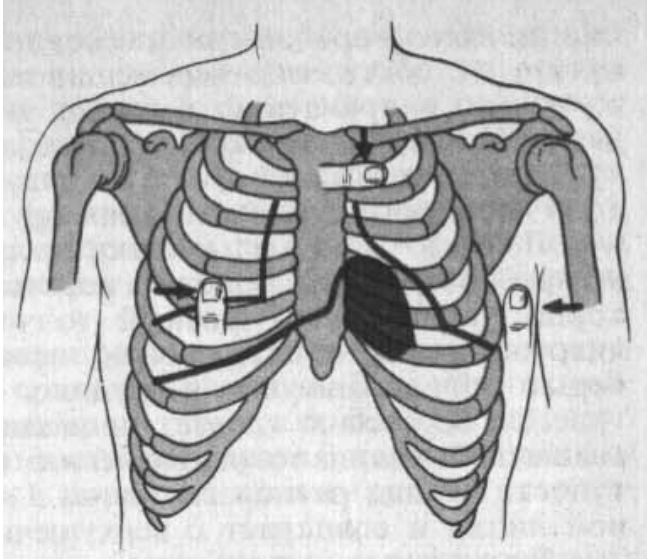
нисбатан вертикал ҳолатда кичикрок куринишда бўлади. Перкуссия усули ёрдамида қуйидаги маълумотлар аникланади:

- 1 – юрак нисбий бугиклик чегараларини
- 2 – абсолют бугиклик чегараларини
- 3 – томир тутами кенглигини
- 4 – конфигурациясини
- 5 – кундаланг улчами кенглигини

Юрак нисбий бугиклик чегарасини аниклаш – бу юракни ҳақиқий чегараси саналади ҳамда ўпка билан копланган бўлади, тукиллатиб курилганда бугик перкутор товуш ҳосил килади. Нисбий бугиклик чегаралари қуйидагича аникланади: унгдан дастлаб унг урта умров чизиги буйлаб ўпкани пастки чегараси аникланади (VI – ковурга), кейин бир ковурга юкорига кутарилиб, плессиметр-бармок ковургаларга перпендикуляр ҳолда қуйилиб, уртача перкутор зарб билан юрак чегарасига караб тукиллатиб борилади, перкутор товуш тиник ўпка товушидан бугик товушга утиши билан плессиметр-бармокнинг ташки киррасига белги қуйилади. Бу нормада туш суяги унг киррасида 1 см ташкарида IV – ковурга оралигида жойлашади. Юрак нисбий бугиклик чап чегарасини аниклаш учун плессиметр-бармок чап култикнинг олдинги чизигига перпендикуляр қуйилиб, нисбий бугиклик пайдо булгунга қадар тукиллатиб келинади. Нормада бу чегара V – ковурга оралигида чап урта умров чизигида 1,5-2 см ичкарида ёки юрак туртки зарбига мос келади. Юрак нисбий бугиклигининг юкори чегарасини аниклаш учун чап парастернал чизик буйлаб тукиллатиб келинади. Нормада III – ковургага тугри келади (16 расм).

Ташҳис қуйиш учун аҳамияти: юрак нисбий бугиклик чегарасини узгариши муҳим аҳамиятга эга бўлиб, бунда юракнинг барча чегаралари ёки алоҳида битта чегараси кенгайиши мумкин. Нисбий бугиклик чегарасини унгга кенгайиши унг булмача ёки унг қоринча гипертрофиясида учрайди. Унга мос равишда юрак абсолют бугиклик чегараси ҳам кенгаяди. Бу ҳолат уч табақали қопқоқ етишмовчилигида юзага келади.

Юрак нисбий бугиклик чап чегарасини кенгайиши энг аввало чап қоринча деворининг гипертрофияси ёки қоринча ички қисми кенгайиши (дилатация) даражасига боғлиқ. Баъзи ҳолларда унг қоринчанинг кескин катталашуви ҳам чап қоринчани чапга сурилиши ва чап нисбий бугиклик чегарасини чапга сурилишига сабаб бўлади.



16-расм. Юрак нисбий бугикликнинг унг, чап, юкори чегараларини аниқлашда плессиметр бармоқнинг ҳолати

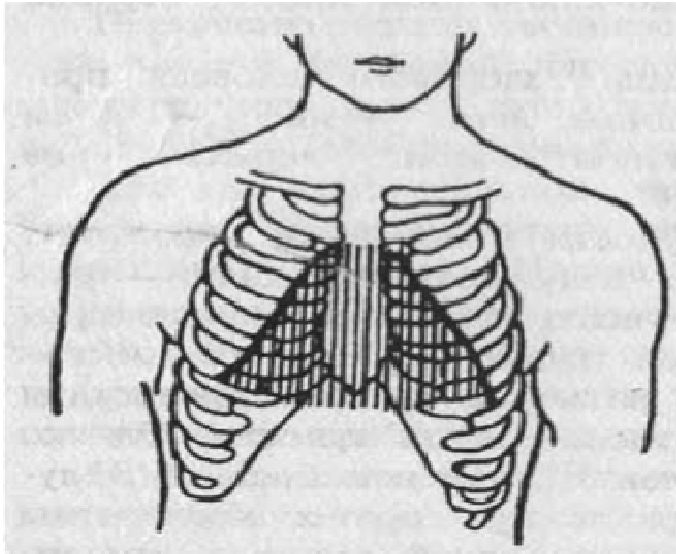
Нисбий бугиклик чегарасини юкорига кенгайтиши чап булмача бушлигини катталашиши ва гипертрофияси туфайли юзага келади.

Шуни алоҳида таъкидлаш керакки, юрак нисбий бугиклик чегаралари улчамларини кенгайтишига юрак мушаклари деворининг гипертрофияси камрок даражада, асосан юрак дилатацияси купрок даражада таъсир килади.

Юрак нисбий бугиклик чегараларини бир вақтнинг узида чапга, юкорига ва унгга кенгайтиши қўшилиб келган ва комбинацияланган куринишдаги митрал, митра-аортал нуқсонларда учрайди. Шунингдек, перикард бушлигига куп микдорда суюқлик йигилганда (экссудатив перикардит, гидроперикард) юрак нисбий ва абсолют бугиклик чегаралари қўшилиб кетади, ҳосил булган бугикликнинг шакли трапеция куринишини эгаллайди, бугикликнинг (трапеция) асоси юрак чуққисига қараган. Бунда юракнинг унг чегараси ва жигар тумтоқлигининг юкори чегараси уртасида ҳосил булган жигар-юрак бурчагида суюқлик тупланганлиги сабабли бугик перкутор товуш аниқланади, абсолют тўмтоқлик нисбий тўмтоқликка мос келади 17-расм.

Нисбий бугиклик чегарасини юкорига эмас, факат унгга ва чапга кенгайтиши уткир ва сурункали миокардитларда, миокардиосклерозда, ўпка-юрак етишмовчилигида кузатилади.

Юрак нисбий бугиклик чегаралари улчамларини кичрайиши амалиётда учрамайди.



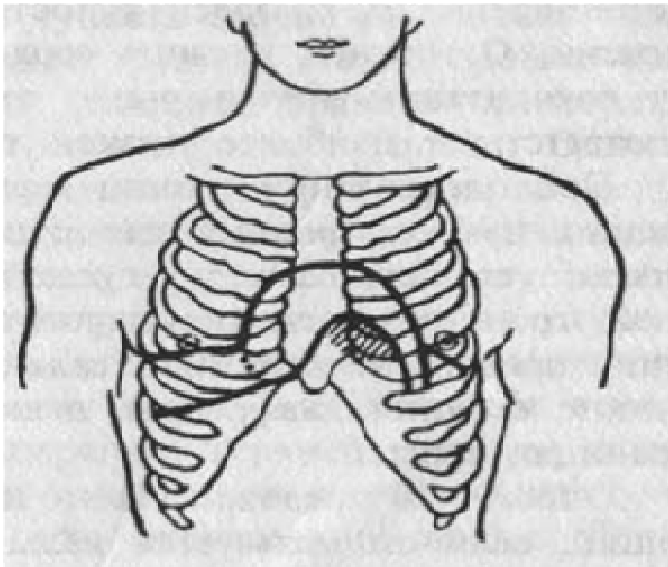
17-расм. Экссудатли перикардитда юрак бугиклик чегараларини узгариши (трапециясимон бугиклик)

Бирок, ички аъзолар тескари жойлашган ҳолат (Зиверт-Кортагенер синдроми)да кузатиладиган хакикий дэкстракардиядан дэкстропозиция ҳолатини фарклаш керак. Бунда туртки зарби юзага келган чандик ёки битишмалар туфайли туш суягининг унг кирраси буйлаб аникланади, дэкстракардияда эса туртки зарби унг урта умров чизигидан 0,5-1 см ичкарида аникланади.

Юрак абсолют бугиклик чегарасини аниклаш – бу юракни ўпка билан копланмаган кисми булиб, нормада унг коринчанинг олдинги девори хисобидан ҳосил булади. Унинг чегараларини аниклаш учун бусаға ости перкуссия усули (Плешь-Гольдшайдер) дан фойдаланиб, бугик перкутор товуш мутлак бугиклик товушини бергач белги куйилади. Абсолют бугикликнинг унг чегараси туш суяги чап киррасига тугри келади: чап чегараси нисбий бугикликнинг чап чегарасидан 1 см ичкарида: юкориги чегараси-IV ковургага тугри келади (18 расм). Абсолют бўғиқлик чегарасини аниклаш теширувчининг етарлича кўникмага эгалигини ҳамда хонада тўлиқ осойишталикни таъминлашини талаб қилади. Баъзан мутлак ва нисбий чегарани аниклаш қийин бўлади. Бундай ҳолатларда плессиметр бармоқ юрак бўғиқлиги соҳасини ўртасига қўйилади, кейин эса чегарага қараб перкуссия қилинади. Дастлаб перкутор товушга ўпка товуши қўшилиши мутлоқ бўғиқликни нисбий бўғиқликка ўтганлигини кўрсатади. Кейинчалик перкутор товушни бўғиқликдан тиниқ товушга алмашинуви нисбий бўғиқликни ўпка тиниқ товуши билан алмашганини кўрсатади. Мутлоқ бўғиқликни аниклашда бармоқ плессиметр орқали ҳис қилиш катта аҳамиятга эга. Бунда мутлоқ бўғиқлик чегаралари кенгаяди, чапга ёки ўнгга силжийди. Бундай ҳолат юрак катталашган деган янглиш хулосага сабаб бўлади, аслида юрак нисбий бўғиқлик чегараси ўзгармаган бўлади. Демак юрак чегараси кенгайиши учун юрак катталашган ёки силжиган бўлиши

керак. Юрак чап қоринчаси катталашуви абсолют ва нисбий бўғиқликни чапга ва пастга томон катталашувига сабаб бўлади. Томир тутами ва чап қоринча ўртасидаги бурчак (юрак бели силлиқлашади). Ўнг қоринчани катталашуви юрак кўндаланг ўлчамини оширади(митрал қонфигурация). Ўнг қоринчани кескин катталашуви ўнг бўлмачани силжитиб, нисбий бўғиқликни ўнг чегарасини кенгайтиради. Чап бўлмачани катталашувида мутлоқ бўғиқлик чегараси юқорига III қовурғагача кенгаяди.

Юрак абсолют бугиқлик чегарасини унг қоринча ташкил қилганлиги сабабли унг булмача чегарасининг силжиши ҳам мутлоқ бугиқлик чегарасини узгаришига сабаб бўлади. Бирок, унг қоринча ўлчамининг катталашуви ҳам чап булмачани юқорига суриб, чегарани кенгайтиради. Унг қоринчанинг катталашуви дастлаб юрак абсолют бугиқлик чегаралирини кенгайтиришига, кейинчалик нисбий бугиқликнинг унг ва чап чегаралирини кенгайтиришига сабаб бўлади.



18-расм. Юракнинг нисбий ва абсолют бугиқлик чегаралари (нормада)

Шуни эслатиб ўтиш муҳимки, юрак нисбий ва абсолют бугиқлик чегаралари турли физиологик ҳолатларда, нафас ақтининг чуқур ва юзалигига қараб ҳамда тананинг қонституцион тузилишига қараб ҳам ўзгариб туради.

Юрак абсолют бугиқлик чегараси диафрагма юқори турганда, ҳомиладорликда, чуқур нафас чиқарганда физиологик равишда катталашади.

Патологик ҳолатларда эса юракни қоплаб турган ўпка қирраларини бўймайиши ёки фиброзланиши натижасида, чап ёки унг томонлама плевритда мутлоқ бугиқлик чегараси кенгаяди; кукс оралиги усма касалликлари, метиоризм, асцит, қорин бўшлиғида киста ёки катта усманинг бўлиши юрак абсолют бугиқлик чегарасини кенгайтирувчи экстракардиал сабабларга қиради. Бунда юрак нисбий бўғиқлиги ўлчамлари ўзгармайди.

Юрак абсолют бугиклик чегарасини камайиши физиологик шароитда чукур нафас олганда кузатилади. Патологик ҳолатларда эса ўпка эмфиземаси, бронхиал астма хуружи пайти, чап ёки унғ томонлама пневмоторакс, пневмоперикард абсолют бугиклик чегарасини камайтирувчи экстра-кардиал сабаблар булиб ҳисобланади.

Юрак абсолют бугиклик чегараси улчамлари диафрагманинг ҳолати-га алоҳида боғлиқ эканлигини ҳисобга олиб, юрак чегараларини аниқлашда ўпкаларнинг пастки қирраси чегарасини ёки жигар тумтоқлигининг юқори чегарасини аниқлаш алоҳида уринни эгаллайди. Бу ҳақда Образцов В.П. шундай деб таъкидлаган эди: «Юрак абсолют бугиклигининг юқори чегарасини ва жигар тумтоқлигининг юқори чегарасини унғ урта умров чизиги буйлаб аниқлаш жараёнида биз шундай ҳулосага келдикки, мазкур чегаралар уртасидаги фарқ ҳар доим иккита ковуругани ташкил қилади. Бу ҳолатдан четга чиқиш эса ҳар доим узининг изоҳига эга».

Юрак абсолют бугиклик чегарасини айнан юракка боғлиқ ҳолатлари амалиётда деярли учрамайди.

Томир тутами кенглигини аниқлаш учун уртача перкутор зарб билан, аниқроғи Образцов усули буйича бевосита перкуссия усулидан фойдаланиш яхши самара беради. Нормада томир тутами бугиклик чегараси туш суягининг узида ҳосил булади. Бунинг учун унғдан ва чапдан II – ковуруга оралигида тиник ўпка товуши бугиклашгунга қадар туқиллатиб борилади. Соғлом кишиларда 4 – 6 см. Томир тутами кенглигини II – ковуруга оралигида унғга қараб кенгайиши аортанинг кутарилувчи қисми кенгайганлигидан далолат беради. Туш суягидан чапда, II – ковуруга оралигида бугиклик чегарасини кенгайиши аортанинг тушувчи қисми кенгайганлигидан дарак беради.

Ўпка артерияси стволи кескин кенгайганда (Боталлов йули бекилмай қолганда) чапдан II – ковуруга оралигида томир тутами кенглиги чапга ва ҳатто пастга кенгайди.

Юрак қонфигурациясини аниқлаш учун перкуссия усули ёрдамида аниқланган нисбий бугикликнинг унғ, чап, юқори чегаралари ва томир тутами улчами узаро туташтирилади, ҳосил бўлган шакл юрак қонфигурацияси дейилади. Нормада тана тузилишига мос равишда нормал (нормостеник типда), горизонтал (гиперстеник типда), вертикал (астеник типда) ҳолатларга мос юрак қонфигурацияси кузатилади. Диагностик аҳамияти: патологияда митрал қонфигурация – чапга, юқорига, унғга юрак чегараларининг кенгайиши ҳисобидан (митрал юрак нуқсонидан), аортал қонфигурация – чап қоринчанинг кескин гипертрофияси ҳисобидан (аортал юрак нуқсонидан, гипертония касаллигида) кузатилади.

Юрак кундаланг улчами кенглигини аниқлаш учун юрак нисбий бугиклик чегараларининг танани олдинги урта чизигидан энг латерал қисмлари унғдан ва чапдан улчаб олинадилар, уларнинг йигиндисини юракнинг кунда-

ланг улчамини ташкил килади. Ташхис қўйиш учун ахамияти: митрал ва аортал қонфигурацияларда кундаланг улчам кенгаяди.

Юрак аускультацияси

Диагностик санъатлар ичида бирорта усул юрак аускультациясидек мураккаб ва кийин усул булмаса керак, чунки бу усул текширувчидан нафакат аъло даражада эшитиш қобилиятини, балки товушнинг юзага келиш вақти ва баландлигига хос булган нихоятда нозик қирраларини ҳам хис қилишни талаб килади. Юрак аускультацияси – бу юрак фаолияти натижасида юзага келадиган товуш тулқинларини (юрак тонларини) эшитиб қуриш демакдир. Аускультация усулини утказишда қуйидаги қоидаларга риоя қилиниши керак:

Одатда беморларни тик ҳолатда, горизонтал ҳолатда, жумладан чап ёнбошга, утирган ҳолатда, жисмоний зуриқишдан кейин эшитиб қурилади (19 расм).



19-расм. Аускультация вақтида беморнинг ҳолатлари

1 – беморнинг ҳолати. 2 – врачнинг ҳолати. Ҳар доим беморга ёндашув унғ томондан бўлиб, стетоскоп ёки фонендоскоп эшитилаётган нуктага зич қўйилиши керак.

3 – аускультациясида юракни юқори тонлари фонендоскоп ёрдамида амалга оширилади, юракни паст тонлари эса стетоскоп ёрдамида эшитилади. Шунингдек, бевосита кулок ёрдамида ҳам эшитиб қуриш мумкин. Юракни паст тонлари фонендоскопни мембранасиз томони ёрдамида, юракни юқори тонлари мембранали томони ёрдамида эшитилади.

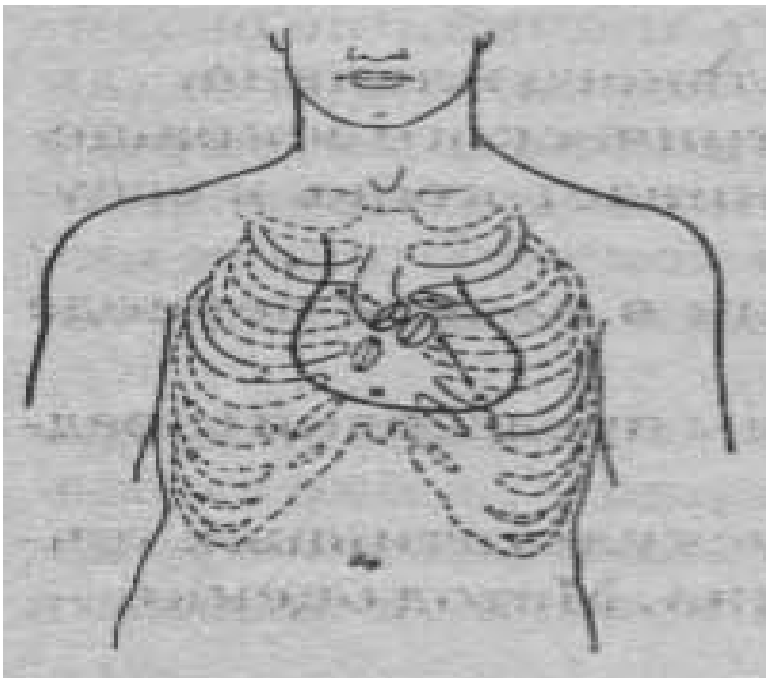
4 – эшитиб қуриш нафасни турли фазаларида олиб борилади (чуқур нафас олган пайтда юракни унғ қисмига оқиб келаётган қонни микдорининг ошиши туфайли юрак тонларини кучайтиради, чуқур нафас чиқариш вақтида

эса юракни чап камерасида хосил буладиган товуш тулкинларини утказилиши яхшиланади.

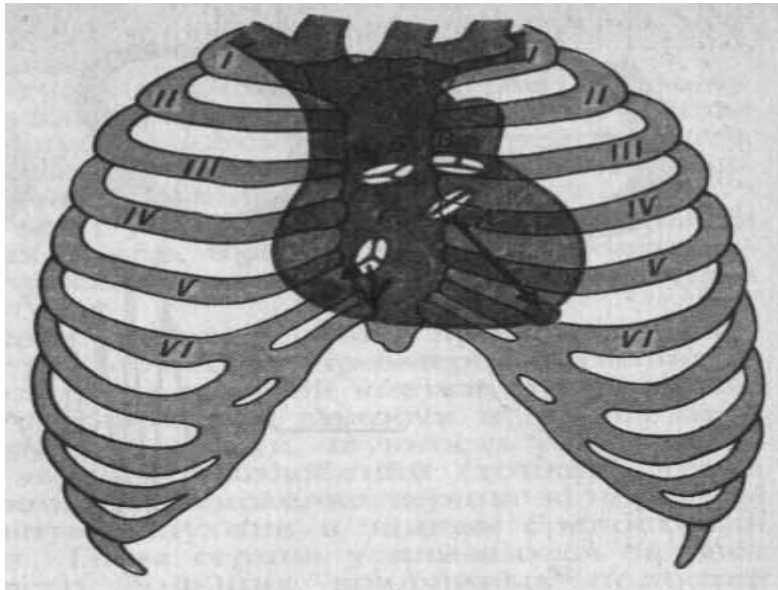
5 – юракни эшитиб куриш нукталарига ва қопқоқларни кукрак қафасидаги жойлашиш ўрнига амал килинади (расм 20,21):

а) митрал қопқоқни анатомик жойлашиш ўрни – чапдан 3 – ковургани туш суягига келиб бириккан жойига тугри келади, эшитиб куриш эса 5 – ковурга оралигида ёки юрак туртки зарби соҳасига мос келади (1 – аускультация нуктаси);

б) аорта қопқоғи чапдан ва унгдан 4 – ковургаларни туш суяги келиб бириккан жойнинг уртасида жойлашган, эшитиб куриш нуктаси унгдан 2 – ковурга оралигида (2 – аускультация нуктаси);



20-расм. Юрак қопқоқларининг кўкрак қафасида жойлашиш ўрни



21-расм. Кукрак кафасида қопқоқларни жойлашуви ва уларни эшитиш жойи: а. митрал , б. аорта, в. ўпка артерияси , г. уч табакали қопқоқ.

в) ўпка артерияси қопқоғи чапдан 2 – ковурга оралигида жойлашган, эшитиб куриш нуктаси ҳам худди шу сохада утказилади (3-аускультация нуктаси);

г) уч табакали қопқоқ чапдан 3 – ковурга, унгдан 5 – ковургани туташтирувчи чизикни уртасига тугри келади, эшитиб куриш нуктаси хан-жарсимон усик асосида унгдан (4 – аускультация нуктаси);

д) Боткин-Эрб нуктаси – чапдан 4 – ковургани туш суяги келиб бириккан сохасига тугри келади, аорта қопқоғи учун кушимча эшитиш нуктаси булиб хисобланади (5 – аускультация нуктаси);

е) патологик холатларда митрал қопқоқ учун кушимча аускультатив нукта – чапдан 4 – ковурга оралиги (6 – аускультация нуктаси);

6 – юрак аускультацияси юкоридаги аускультация қилиш нукталари буйича маълум кетма-кетликда олиб борилади;

а) х – куринишида,

б) з – куринишида, аускультацияни мазкур кетма-кетликда олиб борилиши қопқоқларнинг зарарланиш даражасига ва юрак тонларини жаранглилигини суниб боришига мос равишда амалга оширилади.

7 – патологик холатларда юрак шовкинларини таркалиши ва узатилишини хисобга олиб, кушимча аускультация нукталардан фойдаланилади (умров усти сохаси, уйку артерияси сохасига, аксилляр соха, буйинтирик чукурчаси сохаси, кураклараро соха).

Юрак тонларини нормада эшитиб куриш. Юрак цикли давомида хосил буладиган товуш тулкинларини йигин-диси юрак тонларини юзага келтиради. Одатда соглом кишиларда иккита тон эшитилади, лекин 20% холатларда 3 – 4 – тонлар ҳам юзага келади. Юрак тонларини хосил булиш механизмини яхши тушуниб олиш учун юрак цик-лининг фазалари хусусида тухталиб утишни лозим топдик. Юракнинг кис-кариши булмачалар

систола, ундан кейин коринчаларнинг кискариши билан бошланади. Коринчалар систола даврининг куйидаги фазалари тафовут килинади:

Коринчаларнинг асинхрон кискариши – бунда коринча ичи босими ошмаган ва кискариш жараёни миокардни барча томонларини бир хилда эгалламаган булади.

Изометрик кискариш фазаси – бунда кискариш жараёни миокарднинг барча томонларини эгаллаб олади; коринча ичи босими кутарилади ва атриовентрикуляр қопқоқлар ёпилади.

Хайдалиш фазаси – бунда коринча ичи босими максимал даражага кутарилгач, ярим ойсимон қопқоқлар очилади ва қон магистрал қон томирларига хайдалади. Хайдалиш фазасидан кейин коринчаларнинг бушашиши, яъни диастола фазаси бошланади. Диастолада ҳам учта фаза тафовут килинади:

1 коринчаларнинг изометрик бушашиш фазаси.

Бу вақтда ярим ойсимон қопқоқлар ёпилади. Атриовентрикуляр ва ярим ойсимон қопқоқлар ёпилган ҳолатида коринчалар ички босими булмачалардагидан кура пасайгунга қадар бушашишда давом этади.

2 коринчаларни зудлик билан тулишиш фазаси. Шундан сунг атриовентрикуляр қопқоқлар очилади ва қон коринчаларга катта тезлик билан туша бошлайди. Коринчалар диастоласининг бошида босимлар фарқи катта булганлиги сабабли коринчаларнинг қон билан тулишиши тезлашган булади.

3 коринчаларни секинлик билан тулишиш фазаси. Кейинчалик босимлар уртасидаги фарқ тенглаша борган сари қоннинг оқими ҳам секинлашиб боради. Шундан сунг юрак цикли яна қайтадан такрорланади.

Куйида нормада юрак тонларини ҳосил бўлиш механизми ва эшитиб қуриш хусусида тухталамиз.

1 – тонни ҳосил бўлиш механизми. 1 – тон коринчалар систоласини бошида, яъни чап ва унг атриовентрикуляр клапанларнинг ёпилиши натижасида, аникроги коринчаларнинг изометрик кискариш даврида юзага келади ва у систолик тон деб аталади. 1 – тонни куйидаги 4 та компонент ҳосил қилади:

қопқоқ компоненти – ўнг ва чап атриовентрикуляр қопқоқларнинг ёпилиши (қопқоқ табакаларини тебраниши);

Коринчалар компоненти – коринчалар деворининг таранглашиши натижасида миокарда тебраниш тулқинларининг юзага келиши;

Қон-томир компоненти – аорта ва ўпка артерияси стволи деворининг қон билан тулишиши натижасида тебраниши;

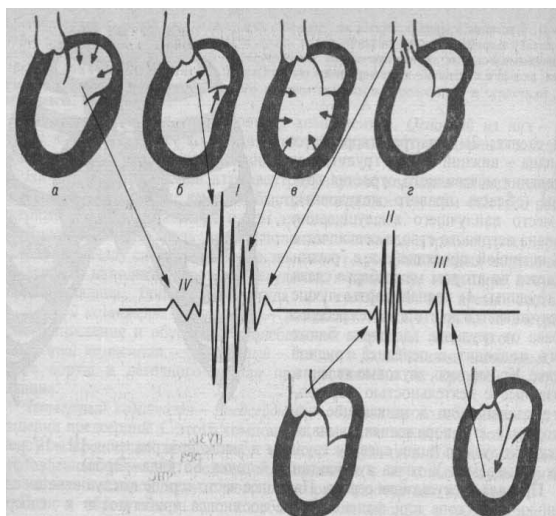
Булмача компоненти – булмачалар деворининг кискариши ҳисобидан.

2 – тонни ҳосил бўлиш механизми – 2 – тон диастолик тон бўлиб, уни юзага келишида куйидаги компонентлар иштирок қилади:

қопқоқ компоненти – аорта ва ўпка артерияси ярим ойсимон қопқоқларининг ёпилиши;

Қон-томир компоненти – аорта ва ўпка артерияси деворини

тебраниши натижасида (22-расм);



22-расм. Юрак тонларининг хосил булиш механизми (схематик курилишда): а. булмача компоненти (баъзан алохида 4-тон деб қабул қилинади), б. клапан компоненти, в. мушак компоненти, г. қон-томир компоненти (1-тон учун), д. 2-тоннинг хосил булиши: булмача ва қон-томир компоненти, е. 3-тоннинг хосил булиши

Қуйидаги жадвалда 1- ва 2- тоннинг узаро фарқлари келтирилган.

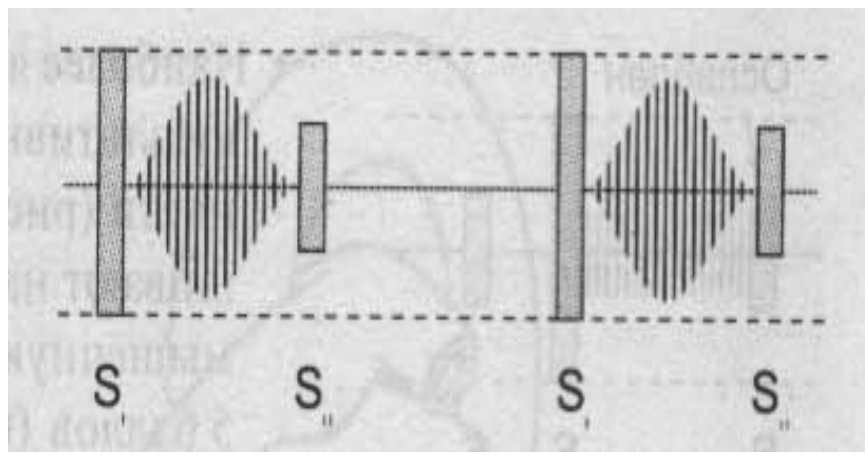
5 -жадвал

Юрак тонлари хусусиятларининг ўзаро фарқи

Белгилар	1 – тон	2 – тон
Эшитиб куриш жойи	Юрак чуққисида (apix)	Юрак асосида (basis)
Юрак фазасига нисбатан	Систолик тон	Диастолик тон
Давомийлиги	0,09 – 0,12''	0,05 – 0,07''
Жаранглилиги	Паст тембрли (эркаклар тони)	Баланд тембрли (аёллар тони)
Юзага келиш вақти	Узок диастолик пауздан кейин	Киска систолик пауздан кейин
Пульсга мос келиши	Мос келади	Мос келмайди
Юрак туртки зарбига мос келиши	Мос келади	Мос келмайди

Шуни ҳам алохида таъкидлаш керакки, физиологик ҳолатларда болалар ва усмирларда диастола фазасида коринчаларни зудлик билан тулиши натижасида 3 – тон ҳам эшитилади (қон окимининг гиперкинетик типи). Бу

тон 2 – тондан кейин 0,12 сония утгач, диастола фазасини бошланишида эшитилади. Физиологик 4 – тон булмачалар деворининг диастола фазасини охирида кескин тебраниши натижасида юзага келади. Нормада бу тон факат болаларда эшитилади (23-расм).



23-расм. 1 – ва 2 – тонларнинг фарки:

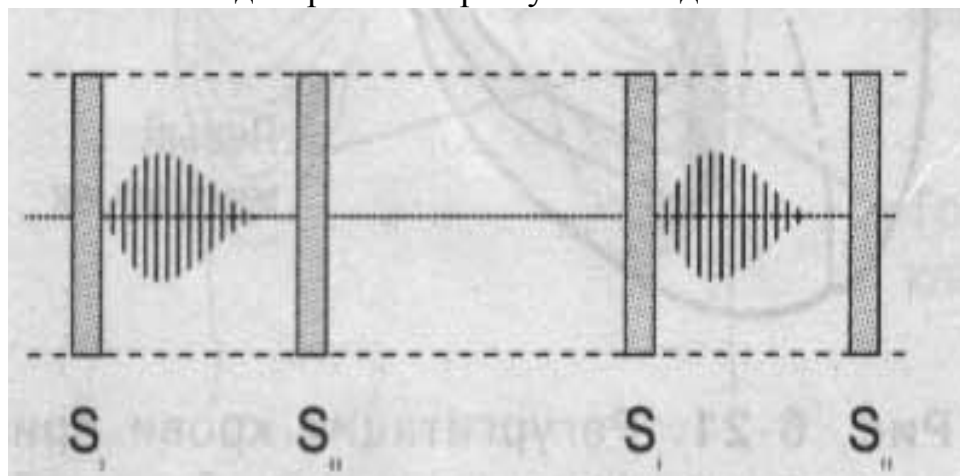
а. юрак чуққисиди, б. юрак асосиди. S_1 – 1-тон, S_2 – 2-тон.

Патологияда 1 – тонни узгариши

Систолик тон патологик холатларда кучайган ёки сусайган куринишда учрайди. Сабаблари куйидагича булиши мумкин:

а) экстракардиал сабаблар – паралитик кукрак кафасида, ўпка туки-маси хаволилиги пасайганда юрак тонлари кучаяди. Эмфизематоз кукрак кафасида перикардга суюклик тупланганда юрак тонлари бугиклашади.

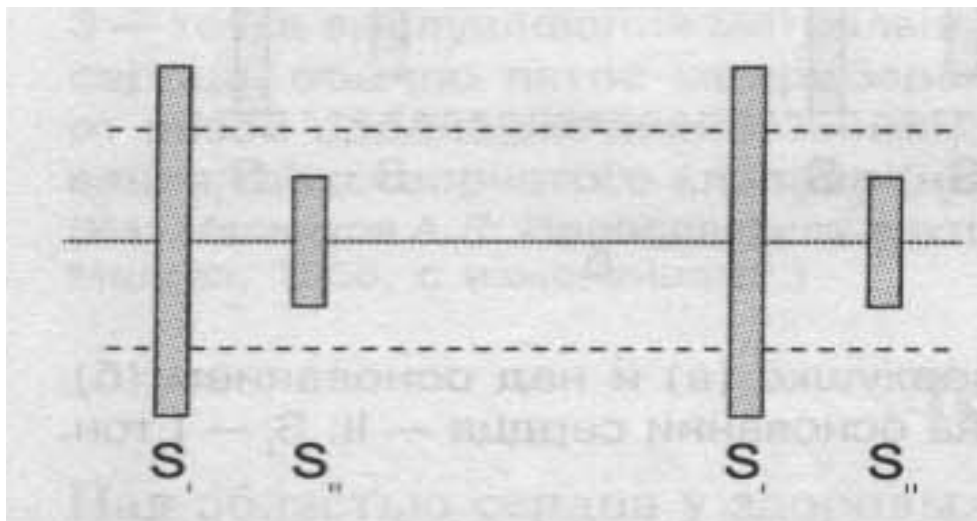
б) интракардиал сабаблар – юрак мушаги жарохатланганда ёки тонуси пасайганда, қопқоқнинг анатомик бутунлиги бузилганда, коринчалар ичи босими ошганда юрак тонлари бугиклашади.



24-расм. S_1 – 1-тон, S_2 – 2-тон

1 – тонни сусайиши – юрак чуққисидә атриовентрикуляр қопқоқлар жарохатланганда, аникроғи митрал қопқоқ етишмовчилигида 1 – аускультация нуктада сусаяди; трикуспидал қопқоқ етишмовчилигида эса 4 – аускультация нуктасидә 1 – тон сусаяди. Шунингдек, коринчалар гипертрофия-сидә 1 – тон мос аускультация нуктасидә сусаяди (24-расм).

1 – тонни кучайиши – физиологик ҳолатларда жисмоний зуриқишда, тахикардияда кузатилади. Патологияда эса коринчаларни қон билан етарлича тулишмаслиги ва кучли кискариши натижасидә «карсилловчи» 1 – тон (митрал стеноз) да эшитилади. Шунингдек, тиреотоксикозда, анемияда 1 – тон юрак чуққисидә кучаяди (25-расм).



25-расм. S_1 – 1-тон, S_2 – 2-тон

Патологияда 2 – тонни узғариши

2 – тонни сусайиши – аорта ва ўпка артерияси қопқоқлари жарохатланганда, мазкур қон томирларида босимни пасайиши натижасидә юзага келади. Аорта қопқоғи етишмовчилигида ва аорта оғзи стенозидә 2 – тон унғдан 2 – қовурға оралигида сусаяди; ўпка артерияси оғзи стенози ва қопқоғи етишмовчилигида 2 – тон 3 – аускультация нуктасидә сусаяди.

2 – тонни кучайиши – аорта ва ўпка артериясидә босимнинг ортиши 2 – тонни у ёки бу томир устида кучайиши (акцент)га олиб келади:

2 – тонни аорта қопқоғи устида кучайиши – артериал гипертензияда, шунингдек, аорта деворида чандикли узғаришлар натижасидә эластикликнинг пасайишида кузатилади. Қопқоқларнинг босим остида кучли ва кечикиб ёпилиши натижасидә 2 – тон аорта қопқоқлари устида иккиланади.

2 – тонни ўпка артериясидә кучайиши – кичик қон айланиш доирасидә қонни димланганда чап томонда II қовурға оралигида 2- тонни акценти юзага келади (митрал ва аортал нуксонларда) кузатилади, бир пайтнинг узида 2 – тонни мазкур нуктада иккиланиши юзага келади (юқоридаги механизмга ўхшаш тарзда).

Юрак тонлари интенсивлигига таъсир килувчи омиллар. 1- тоннинг кучайиши:

- Қон айланишининг гипердинамик ҳолати (иситмалаш, жисмоний зўриқиш)
- Митрал стеноз
- Булмачалар миксомаси

1 – тоннинг сусайиши:

- Систолик хажмни пасайиши (тинч ҳолат, юрак етишмовчилиги)
- Тахикардия
- Митрал регургитация

1 – тон интенсивлигини турлича булиши:

- Юракнинг тулик кундаланг блокадаси
- Титрок аритмияси

2 – тоннинг аортада кучайиши:

- Артериал гипертензия
- Аорта илдизининг кенгайиши

Аорта устида 2 – тоннинг сусайиши:

Аортал стеноз (кальцификация).

Ўпка артериясида 2 – тоннинг кучайиши:

Ўпка гипертензияси

Юрак қўшимча тонлари. Патологик ҳолатларда юракни аускультация қилиб қуриш узига хос қурилишга эга бўлган 3 таркибли мелодияни эшитиб қуришга сабаб бўлади. Бу қуйидаги қурилишда булиши мумкин:

«Бедана» ритми - 3 таркибли тон булиб, унинг таркибига чуқкида кучайган 1 – тон, 3 – аускультатив нуктада кучайган 2 – тон ва чуқкида эшитиладиган диастолик қўшимча тон (митрал қопқоқни очилиш тони). Қуйида биз қўшимча тонни юзага келиш механизмига изох беришни лозим деб топдик: нормада митрал қопқоқ диатсола фазасида шовкинсиз очилади. Патологик ҳолатларда қопқоқ табакаларини узаро бирикиши қопқоқларни диастолик очилишига тускинлик қилади, чунки бу ҳолат қон оқимини ламинар ҳолатдан турбулент ҳолатига ўтишига, қонни айланма ҳаракатланишига қопқоқ табакаларини тебранишига, натижада қўшимча тонни юзага келишига сабаб бўлади. Бу тон «карсилловчи» характерда булиб, уз номи билан митрал қопқоқ очилиш тони деб номланади. Эшитиб қуриш жойи юрак чуққисида, медиал соҳага тугри келади. 3 – тондан фарқ қилиб, 2 – тондан 0,07-0,11 сониядан кейин эшитилади. «Бедана» ритми асосан митрал тешик стенозида қузатилади (26-расм).



26-расм. Митрал қопқоқнинг очилиш тони. S_1 – 1-тон, S_2 – 2-тон ва қушимча митрал қопқоқ очилиш тони

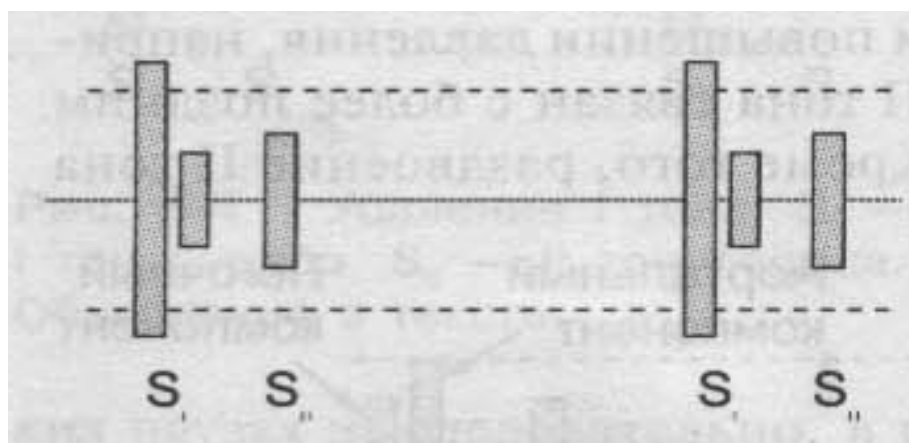
2. «От дупури» ритми – патологияда физиологик 3 – ёки 4 – тонларни патологик кучайиши натижасида диастола фазасида юзага келади. Асосан юрак чуққисидида эшитилади. Бу ритм ҳам 3 таркибли мелодия бўлиб, куйидаги қуринишларда бўлиши мумкин:

а) протодиастолик – диастола фазасини бошида коринчалар девори тонусини кескин пасайиши ва зудлик билан тулишиши натижасида юзага келади;

б) пресистолик – систолани олдида булмачалар деворини кескин тебраниши натижасида юзага келади;

в) мезодиастолик – диастола фазасини уртасида ҳар иккала тонни узаро қушилишидан ҳосил бўлади.

«От дупури» ритми миокард инфарктида, уткир юрак етишмовчилигида кузатилади ва юракни ёрдам сураб кичкириши маъносини беради (27 расм).



27-расм. Систолик ҳайдалиш тони. S_1 – 1-тон, S_2 – 2-тон

3. Хайдалиш тонлари – хайдалиш тонлари (28- расм) 1 – тондан кейин аорта қопқоқлари ёки ўпка артерияси қопқоқларининг тебранишидан юзага келади ва 2-ковурга оралигида унгдан ёки чапдан яхши эшитилади. Хайдалиш тонлари етарлича баланд тембрли, киска ва «карсилловчи» характерли булади. Аорта хайдалиш тони аорта қопқоғида яхши эшитилади. Асосан аорта огзи тугма стенозида учрайди. Ўпка артерияси хайдалиш тони. Чапдан 2 ёки 3-ковурга оралигида яхши эшитилади, нафас чиқарганда пасаяди. Асосан ўпка артерияси кенгайганда, ўпка гипертензиясида ва ўпка артерияси стенозида учрайди.



28-расм. 1-тоннинг иккиланиши. S_1 – 1-тон, S_2 – 2-тон

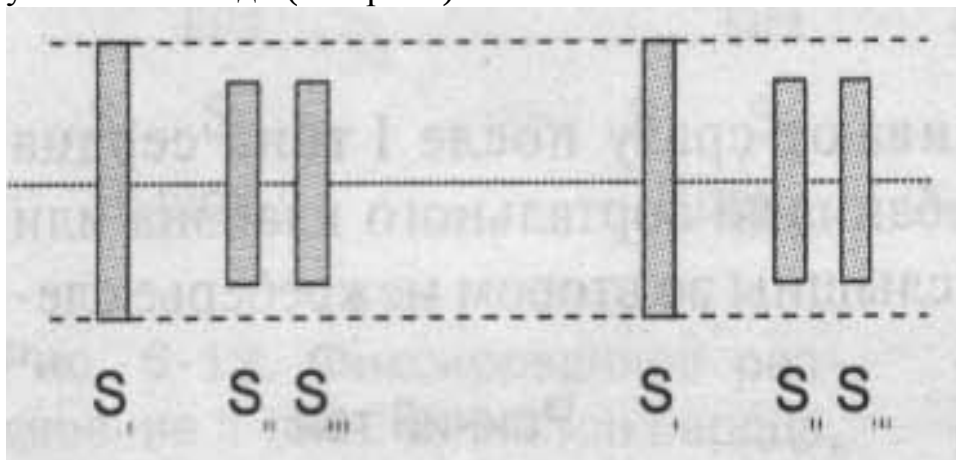
4. Систолик карсиллаш – асосан митрал қопқоқ пролапсида эшитилади (нормада 5% гача соғлом кишиларда учрайди). Тон баланд тембрли булиб, юрак чуққисида яхши эшитилади (29расм).



29-расм. Систолик карсиллаш. Бу ҳолатда митрал қопқоқ пролапси туфайли ҳам систолик карсиллаш, ҳам систолик шовкин эшитилади.
 S_1 – 1-тон, S_2 – 2-тон

5. Сунъий қопқоқлардаги кушимча тон – шарсимон сунъий митрал, аортал қопқоқ ёки биологик протез кучириб утказилганда юкоридаги қопқоқларнинг эшитиш нуктасида кузатилади. Кушимча тон юкори тембрли булиб, ҳар бир юрак циклида иккита кушимча тон эшитилади (очишиш тони ва ёпилиш тони). Митрал стенозда 1 – тондан кейин ёпилиш тони, 2 – тондан кейин очишиш тони эшитилади.

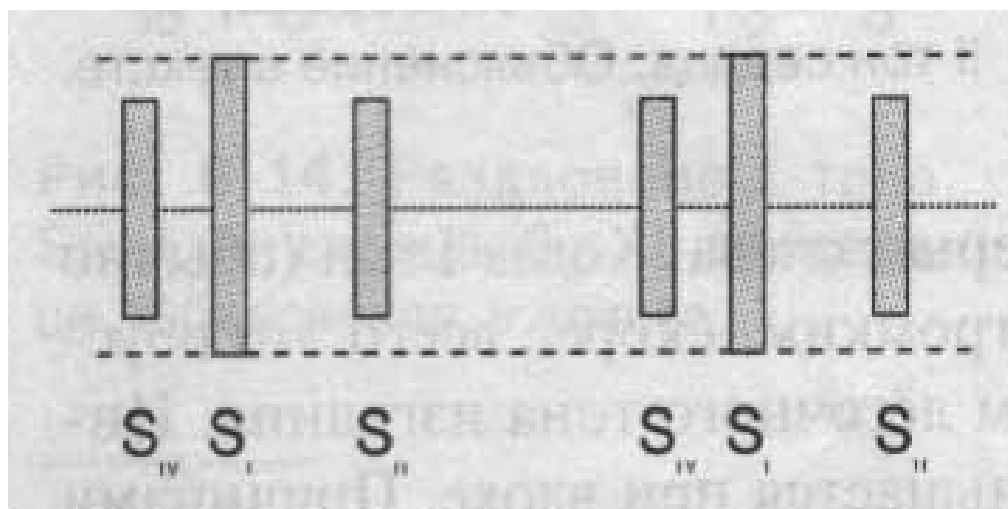
6. Юракнинг 3 – тони – нормада 3 – тон 2 – тондан кейин 0,15 сония утгач эшитилади (30 - расм).



30-расм. Юракнинг 3-тони. S_1 – 1-тон, S_2 – 2-тон

Бу тон паст, бугик булиб, диастола фазасида эшитилади ва коринчаларни зудлик билан тулишиш фазасининг якунига мос келади. Миокард коринчаси бирдан тулишиши натижасида унинг тебраниши туфайли юзага келади ва алоҳида клиник аҳамиятга эга эмас. Нормада болаларда, хомиладорликнинг 3 – ойлигида, 35 – 40 ёшгача бўлганларда эшитилади. Беморлар горизонтал, чап ёнга ётган ҳолатни эгаллайди. Кушимча тон нисбатан паст ва бугик эшитилади. Патологияда миокард кискарувчанлиги пасайганда, диллатацияли кардиомиопатияда, коринчалар систолик дисфункцияси уткир миокард инфарктида ва ўпка артериясининг тромбоемболиясида эшитилади. Бунда протодиастолик «от дупури» ритмини юзага келтиради. Шунингдек ҳар доим тахикардия ва 1- 2- юрак тонларини нисбий бугикланиши кузатилади. 1- 2- ва 3- тонларнинг ритми куйидагича «да-да-буум» курунишида булади ва протодиастолик «от дупури» дейилади.

7. Юракнинг 4 – тони – нормада 4 – тон диастола фазасини сунггида булмачаларни кискариши натижасида келиб чиқади 31- расм. Физиологик 4 – тон кариларда, яхши чиниккан кишиларда эшитилади. Патологияда гипертония касаллигида, аорта огзи стенозида, гипертрофик кардиомиопатияларда эшитилади. Бунда пресистолик «от дупури» ритмини юзага келтиради. Шу ҳолатда ритмнинг куруниши куйидагича: «да-лап-дап».



31-расм. Юракнинг 4-тони. S₁ – 1-тон, S₂ – 2-тон

Юрак шовкинлари

Юрак фаолияти натижасида юрак тонлари билан бир пайтда юрак циклининг паузаларида узига хос товуш феномени юзага келиб, бу юрак шовкинлари деб номланади. Соғлом кишиларда юрак шовкинлари кузатилмади ёки улар функционал курилишда бўлиши мумкин. Куйида жадвалда юрак шовкинларининг таснифи келтирилган.

6- жадвал

Юрак шовкинлари

Экстракардиал	Интракардиал	
органик	органик	функционал
перикард ишқаланиш шовкини	систолик	систолик
плевроперикардиал шовкин	диастолик	
	Протодиастолик, мезодиастолик, пресистолик	

Юрак шовкинларининг келиб чиқиши асосида юрак камераларини ичида ёки томирларда қоннинг ламинар оқими турбулент оқимига узгариши ётади. Нормда қоннинг оқими шовкинсиз юзага келади, лекин патологияда томирларда торайиш ёки кенгайишни юзага келиши, унгда атриовентрикуляр тешикнинг торайиши, аномал тешикларнинг мавжуд бу-

лиши қоннинг оқимини узгаришига ва юрак шовкинларини юзага келишига сабаб бўлади. Интракардиал юрак шовкинларини юзага келишида икки хил патогенетик механизм тафовут қилинади:

1 – ҳайдалишнинг бузилиши – тор тешикдан қонни айланма ҳаракат қилиб утиши ва шовкинларнинг юзага келиши.

2 – регургитация – қопқоқ табакаларини тулик бекилмаслиги натижасида қоннинг бир қисмини орқага қайтиб тушиши сабабли юрак шовкинларининг юзага келиши.

Ҳайдалишнинг бузилиши билан боғлиқ бўлган юрак шовкинлари қуйидаги патологик ҳолатларда кузатилади:

Митрал тешик стенозида – диастола фазасида чап булмачадан чап қоринчага қонни қийналиб утиши натижасида шовкин юзага келади. Эшитилиш жойи – юрак чуққисиди, юрак фазасига нисбатан диастолик (чапдан 5 – коворга оралиги). Механизми: ҳайдалишнинг бузилиши. Унг атриовентрикуляр тешик стенози – диастола фазасида унг булмачадан унг қоринчага қон айланма ҳаракат қилиб утади. Шовкин диастолик, эшитиш жойи – 4-аускультация нуқтаси (ханжарсимон усик асосида). Механизми: ҳайдалишнинг бузилиши. Аорта оғзи стенозида – систола фазасида чап қоринчадан қон қучли босим остида аортага айланма ҳаракат қилиб утади. Юзага келадиган шовкин – систолик. Эшитиш жойи – унгдан 2 – коворга оралиги

(2 – аускультация нуқтаси). Механизми: ҳайдалишнинг бузилиши. Ўпка артерияси оғзи стенози – ўхшаш тарзда систолик шовкин юзага келади. Эшитиш жойи – чапдан 2 – коворга оралиги (3 – аускультация нуқтаси). Механизми: ҳайдалишнинг бузилиши.

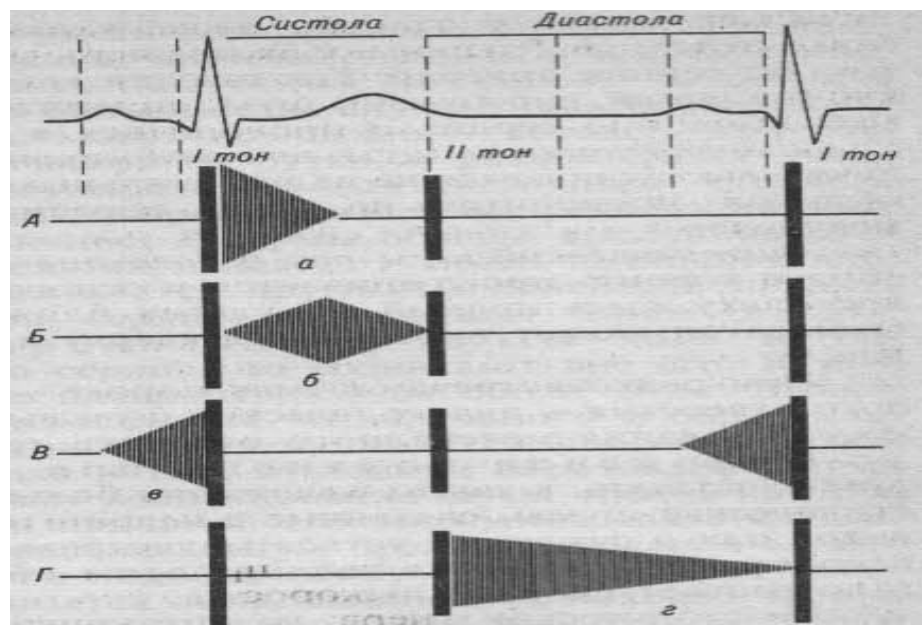
Қуйидаги ҳолатларда регургитация механизми билан боғлиқ юрак шовкинлари юзага келади:

Митрал қопқоқ етишмовчилигида – қоринчалар систоласи фазасида қоннинг маълум бир қисми чап қоринчадан чап булмачага қайтиб тушади. Эшитиш жойи – юрак чуққисиди, систолик шовкин. Механизми: регургитация.

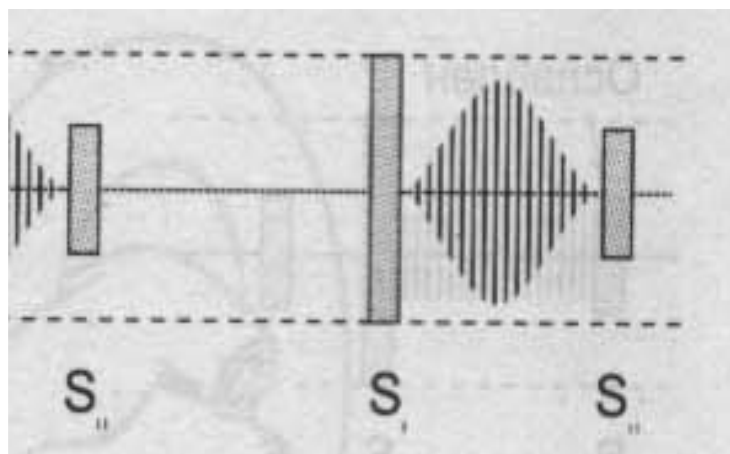
Трикуспидал қопқоқ етишмовчилигида – қопқоқ табакаларининг тулик бекилмаслиги натижасида унг қоринчадан қоннинг бир қисми унг булмачага қайтиб тушади. Эшитиш жойи – ханжарсимон усик асосида, систолик шовкин. Механизми: регургитация. Аорта клапанлари етишмовчилигида – ярим ойсимон қопқоқларнинг тулик бекилмаслиги натижасида қоннинг бир қисми аортадан чап қоринчага қайтиб тушади. Эшитиш жойи – унгдан 2-ковурга оралигида ва Боткин-Эрб нуқтасида, диастолик шовкин. Механизми: регургитация. Ўпка артерияси клапанлари етишмовчилигида – аналогик тарзда. Эшитиш жойи – чапдан 2 – коворга оралигида, диастолик шовкин. Механизми: регургитация.

Юрак шовкинлари қучига қура – дағал, уртача қучда ва суст бўлиши мумкин. Давомийлигига қура – қиска, узок, пансистолик ёки пандиастолик бўлиши мумкин. Тембрига қура – баланд, пуфловчи ва металл қучли бўлиши мумкин.

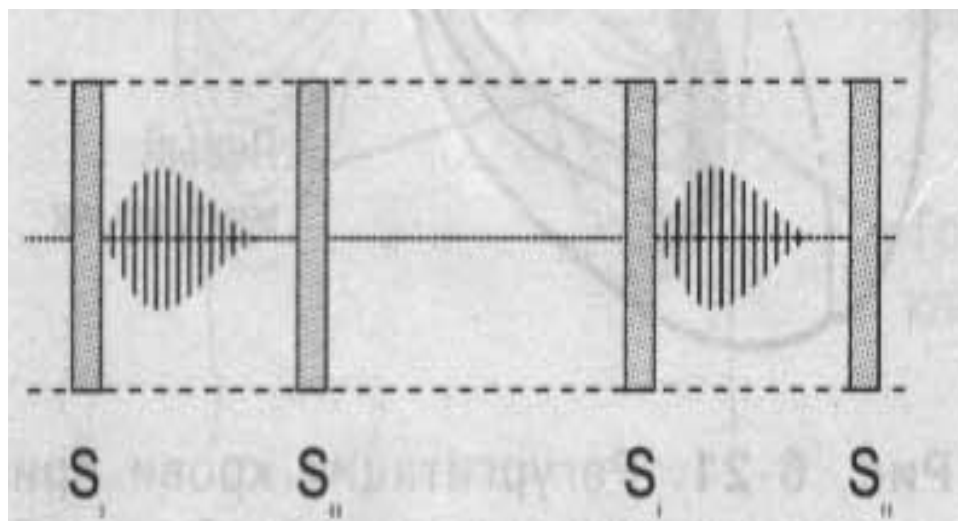
Шунингдек, зурайиб боровчи шовкинлар (crescendo) ва суниб боровчи (decrescendo) булиши мумкин (расм 32, 33, 34,). Юрак шовкинларининг интенсивлигига кура куйидаги даражалари тафовут килинади:



32-расм. Юрак тонлари ва шовкинларининг схема куриниши. АБ – систолик шовкин: а – суниб боровчи, б – кучайиб суниб боровчи. БГ – диастолик шовкин: в – пресистолик, г – протодиастолик



33-расм. Мезосистолик шовкин (хайдалиш шовкини). S₁ -1-тон, S₂ – 2-тон



34-расм. Аорта огзи стенозидаги мезосистолик шовкин. S_1 – 1-тон, S_2 – 2-тон

- 1-даража – шовкинлар тинч хонада фонендоскоп ёрдамида эшитилади
- 2-даража – шовкинлар паст, лекин фонендоскоп ёрдамида яхши эшитилади
- 3-даража – шовкинлар баланд, фонендоскоп ёрдамида аник эшитилади
- 4-даража – баланд, аник эшитиладиган шовкин
- 5-даража – жуда баланд шовкин, нафакат перикардиал сохада, балки узокрок сохаларда ҳам эшитилади.

Куйидаги 7-жадвалда систолик шовкинларнинг узаро фарклари келтирилган.

7- жадвал

Митрал қопқоқ етишмовчилиги ва аортал стеноздаги систолик шовкинларнинг узаро фарки

Белгилар	Митрал клапан етишмовчилиги	Аортал стеноз
Жойлашган жойи	Юрак чуққисида	Юрак асосида
Таркалиши	Аксилляр сохага	Буйин сохасига
Шовкин характери	Систолани бошида	Бутун систола давомида
Шовкин тембри	Пуфловчи	Дагал
Кушимча белгилар	1-тонни чуққида сусайиши, 3-тон	2-тонни аортада сусайиши, систолик хайдалиш тони, пульс босимини пасайиши

Куйидаги жадвалда диастолик шовкинларнинг узаро фарклари келтирилган.

Систолик шовкинлар сабабларига кура фаркланади: митрал ва трикуспидал клапан етишмовчилиги, коринчалараро тусик нуксониди қоринчалар систола фазасида қопқоқни тўлиқ ёпилмаслиги оқибатида қон ҳаракатининг тескари йўналиши юзага келиши - регургитацияда; очик лекин торайган тешик оркали яъни аорта огзи стенози, ўпка артерияси стенозида ҳамда анатомик жиҳатдан узгармаган тузилма оркали қон оқими ҳажм тезлиги ошишида учрайди. Митрал, трикуспидал қопқоқнинг тулик бекилмаслиги, коринчалараро тусик нуксони туфайли қон ҳаракатидан келиб чиқадиган шовкин интенсивлиги бир меъёрда булиб, бундай шовкин пансистолик ёки голосистолик шовкин деб аталади. Баъзи ҳолларда қопқоқлар систоланинг бошланишида зуриқишга бардош бериб, унинг иккинчи ярмида эса қопқоқ етишмовчилиги юзага келади. Бу турдаги шовкин митрал қопқоқ пролапси учун характерли булиб, у систола фазасининг урта ёки сунгги фазасида юзага келиб мезосистолик ёки пресистолик шовкин деб аталади. Аорта огзи стенози ёки ўпка артерияси стенозида юзага келадиган шовкинлар нисбатан паст, систолани уртасига қараб ошиб борувчи ва систола сунггида пасайиб борувчи характерда бўлади. Шунинг учун бундай шовкин систолик хайдалиш шовкини деб айтилади. Функционал юрак шовкинлари бирор бир анатомик нуксонсиз юзага келади. Бу турдаги шовкинлар болаларда ва усмирларда учрайди. Функционал шовкинлар ҳар доим систолик, жаранглиги паст (3-даражали), туш суягини чап киррасида яхши эшитилади. Бунда юрак гипертрофияси белгилари кузатилмайди.

8- жадвал

Митрал стеноз ва аортал қопқоқ етишмовчилигидаги диастолик шовкинларнинг узаро фарқи

Белгилар	Митрал стеноз	Аортал қопқоқ етишмовчилиги
Жойи	Юрак чуққиси	Аортал қопқоқ ўрнида
Тарқалиши	Кузатилмайди	II қовурға оралиғи чапда, III-қовурға оралиғига чапдан (Боткин-Эрб нуктаси)
Шакли	Суниб борувчи	Суниб борувчи
Частотаси	Паст частотали	Юқори частотали
Кушимча белгилар	Кучайган I – тон чуққида, «бедана» ритми	Систолик босим баланд, пульс босими ошган (160/30 мм.с.м.уст) систолик хайдалиш тони

Диастолик шовкинлар аорта қопқоқ ёки ўпка артерияси қопқоқ етишмовчилигида ё митрал стенозда юзага келади 8- жадвал. Бу турдаги шовкинлар диастолани бошида энг баланд (аорта ва ўпка артериясида босим максимал ошганда) ва юқоридаги қон томирларида босимни пасайиши туфайли шовкиннинг интенсивлиги ҳам пасаяди. Митрал стенозда юзага келадиган диастолик шовкин паст, гумбурловчи, бутун диастола давомида эшитилади. Чап булмачада босим ортиши ва булмачани кучли қисқариши туфайли шовкин баъзан пресистолик қурилиши ҳам эгаллайди. Баъзида аорта қопқоқлари етишмовчилигида беморларда диастола уртасида шовкин кузатилади. Бу шовкин аорта қопқоқларининг тулик бекилмаслиги туфайли орқага қайтиб тушаётган қоннинг митрал қопқоқнинг олдинги табакасини тебратириши натижасида юзага келади (Флинт-Остин шовкини). Баъзи ҳолларда шовкинлар беморларга маълум бир вазиятни берганда яхши эшитилади: митрал стенозда чап ёнга, аорта қопқоқлари етишмовчилигида эса утирган ҳолатда ва танани бир мунча олдинга эгиб чуқур нафас чиқарганда эшитиш қулайроқ бўлади. Шунингдек юқоридаги ҳолатда чапдан II қовурға оралиғида функционал диастолик шовкин Грежим-Стилл шовкини эшитилади.

Шундай қилиб юрак қон-томир тизими хасталикларига ташхис қўйиш учун юқоридаги баён қилинган усулларни ўрганиш муҳим ҳисобланади.

ЮРАК ҚОН-ТОМИР ТИЗИМИ ЮЗАСИДАН МАВЗУНИ МУСТАХКАМЛАШ УЧУН ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. Томир кенгайтирувчи дори таъсирига қараб миокард инфарктидаги ва стенокардиядаги оғриклар қандай фаркланади?

А. Миокард инфарктидаги оғриклар қолади.

*Б. Стенокардиядаги оғриклар қолади **

С. Иккаласида ҳам қолади

Д. Томир кенгайтирувчи дорилари оғрикка таъсир қилмайди

Е. А жавоб тугри

2. Ортопноное куйидагилардан қайси бирида бўлиши мумкин?

А. Экссудатив перикардит

Б. Плевритда

*С. Юрак асмаси хуружсида **

Д. Ошқозон ярасида

Е. Хаммаси тугри

3. Куйидагилардан қайси бири митрал стенозда кузатилади?

А. Fasies nefritica

Б. Fasies febrilica

*С. Fasies mitralis **

Д. Fasies Gippocratica
Е. Корвизор юзи

4. Куйидагилардан кайси бири функционал юрак шовкини учун характерли?

- А. Доимий булади*
- Б. Қон окими буйлаб йуналади*
- С. Хам систолик, хам диастолик булади*
- Д. Иррадиацияланмайди*
- Е. Факат систолик булади **

5. Манфий чуқки турткиси қачон кузатилади?

- А. Чап қоринча гипертрофиясида*
- Б. Аортал клапин етишмовчилигида*
- С. Унг қоринча гипертрофиясида*
- Д. Перикард варақлари битишиб қолганда **
- Е. Тугри жавоб йук*

6. Нормада чуқки турткиси қенглиги қанча булади?

- А. 0,5 см² атрофида*
- Б. 2 см² атрофида **
- С. 4 см² атрофида*
- Д. Нормада чуқки турткиси бўлмайди*
- Е. Тугри жавоб йук*

7. Юракнинг ҳақиқий чегарасига қуйидагиларни қайси бири тугри келади?

- А. Юракнинг абсолют бугиклик чегараси.*
- Б. Юракнинг нисбий бугиклик чегараси **
- С. Иккаласи ҳам тугри келади.*
- Д. Иккаласи ҳам тугри келмайди*
- Е. Тугри жавоб йук*

8. Қуйидагилардан қайси бири учун анатомик проекцияси билан эшитиш нуқтаси мос келиши характерли?

- А. Митрал қопқоқ .*
- Б. Аортал клапан **
- С. Ўпка артерияси*
- Д. Уч тавақали клапан*
- Е. А ва Д тугри*

9. Аортал клапан эшитиш нуқтасини кўрсатинг.

- А. II-қовурга оралигидаги туш суяги унг қиррасида, Боткин-Эрб нуқтасида **
- Б. Юрак чуққисида*
- С. II-қовурга оралигидаги туш суяги чап қиррасида*

Д. Ханжарсимон усимта асосида
Е. В жавоб тугри

10. Кайси компонент 2 тонда булмайди?

- А. Мушак компоненти **
- Б. Клапан компоненти*
- С. Томир компоненти*
- Д. Хаммаси булади*
- Е. Тугри жавоб йук*

11. Боткин -Эрб нуктасида диастолик шовкин эшитилиши характерли:

- А. Аортал стеноз*
- Б. Митрал стеноз*
- С. Митрал клапан етишмовчилиги*
- Д. Аортал клапан етишмовчилиги **
- Е. Тугма пороклар учун*

12. II аускультатив нуктада систолик шовкин характерли:

- А. Митрал стеноз учун*
- Б. Ўпка артерияси огзи стенози учун*
- С. Уч тавакали клапан етишмовчилиги стенози учун*
- Д. Аортал клапан етишмовчилиги учун*
- Е. Аорта огзи стенози учун **

13. Бедана ритмида I ва II тондан ташкари яна кандай тон иштирок килади?

- А. III тоннинг кучайиши*
- Б. IV тоннинг кучайиши*
- С. Систолик хайдалиш тони*
- Д. II тоннинг иккиланиши*
- Е. Митрал клапан очилиш тони **

14. II тоннинг II аускультатив нуктада кучайиши характерли:

- А. Аортал клапан етишмовчилиги*
- Б. Аортада босим ортиши **
- С. Аортада босим пасайган*
- Д. Аортал огзи стенози учун*
- Е. Хамма жавоб тугри*

15. «Каротид ракси» феномени кайси касаллик учун хос?

- А. Аортал клапан етишмовчилиги **
- Б. Митрал клапан етишмовчилиги*
- С. 3 табакали клапан етишмовчилиги*
- Д. Митрал стеноз*

Е. Аорта огзи стенози учун

16. Нормада юрак чуққиси турткиси каерда жойлашган?

- А. 5 ковурга оралиги, чап урта умров чизиги 1-1,5 см ичкарида **
- Б. 5 ковурга оралиги, чап урта умров чизиги 2-2,5 см ичкарида*
- С. 5 ковурга оралиги, чап урта умров чизиги 1-1,5 см ташкарида*
- Д. 6 ковурга оралиги, чап урта умров чизиги 1-1,5 см ичкарида*
- Е. 6 ковурга оралиги, чап урта умров чизиги 1-1,5 см ташкарида*

17. Диастола вақтида юрак чуққиси соҳасида аникланадиган «мушук хириллаши» қайси касалликка хос?

- А. Митрал стенозга **
- Б. Аортал стенозга*
- С. Ўпка артерияси огзи стенози*
- Д. Митрал клапан етишмовчилиги*
- Е. Аортал клапан етишмовчилиги*

18. Уч табакали қопқоқни эшитиш жойини курсатинг?

- А. Ханжарсимон усик асоси **
- Б. Юрак чуққиси*
- С. Боткин-Эрба нуктаси*
- Д. 2-ковурга оралиги туш суяги унғ киргоғи ёни*
- Е. 2 ковурга оралиги туш суяги чап киргоғи ёни*

19. 1- тоннинг компонентлари:

- А. 4 та **
- Б. 2 та*
- С. 3 та*
- Д. 5 та*
- Е. 6 та*

20. «Бедана ритми» қачон эшитилади?

- А. Митрал стенозда **
- Б. Аорта огзи стенозиди*
- С. Митрал клапан етишмовчилигида*
- Д. Аортал клапан етишмовчилигида*
- Е. 3 табакали клапан етишмовчилиги*

21. Митрал стеноздаги диастолик шовкиннинг эшитиш жойини курсатинг?

- А. Юрак чуққиси **
- Б. Ханжарсимон усимта асоси*
- С. Боткин-Эрб нуктаси*
- Д. 2 ковурга оралиги туш суяги унғ киргоғи енида*

Е. 2 ковурга оралиги туш суяги чап киргоги енида

22. Аортал клапан етишмовчилигида диастолик шовкиннинг эшитиш жойи?

*А. Боткин-Эрб нуктаси **

Б. Юрак чуққиси

С. Ханжарсимон усимта асоси

Д. 2 ковурга оралиги туш унғ киргоги енида

Е. Ковурга оралиги туш суяги чап киргоги енида

23. 3 табакали клапан етишмовчилигида систолик шовкиннинг эшитиш жойи?

*А. Ханжарсимон усик асосида **

Б. Юрак чуққисида

С. Боткин-Эрб нуктасида

Д. 2 ковурга оралиги туш унғ киргоги енида

Е. Ковурга оралиги туш суяги чап киргоги енида

24. Юрак чўққисида “Қарсиловчи” I тон қуйидагига хос:

А. Митрал стеноз

Б. Аорта оғзи стенози

С. Аорта қопқоғи етишмовчилиги

Д. Митрал қопқоқ етишмовчилиги

Е. Қўшилиб келган митрал нуқсон учун

25. Систолик “мушук хириллаши” қуйидагилардан қайси учун хос?

*А. Аорта оғзи стенози**

Б. Митрал стеноз

С. Уч табакали клапан етишмовчилиги

Д. Митрал клапан етишмовчилиги

Е. Тўғри жавоб йўқ.

26. Пулс тўлқинига қайси тон мос келади?

А. 1- тон

Б. 1-, 2- тон

С. 3-, 4- тон

Д. 2- тон

27. Стражесконинг «замбарак уки» тони қачон эшитилади?

*А. Тулик кундаланг блокадада **

Б. 2 даража AV блокадада

С. 1 даража AV блокадада

Д. Синоаурикуляр блокадада

Е. Гисс тутами унғ оёқчаси блокадасида

28. Стенокардияда огрик хуружининг давомийлиги:

- А. Доимий*
- Б. Бир неча сониядан 8 – 10 дақиқагача **
- С. 30 дақиқадан 1 соатгача*
- Д. Факат тунги пайтда*
- Е. Факат жисмоний зурикиида*

29. Митрал қопқоқ етишмовчилигида учрайдиган аускультатив белги:

- А. Чуккида диастолик шовкин*
- Б. Чуккида систолик шовкин **
- С. Унг томондан 2 ковурга оралигида систолик шовкин*
- Д. «Бедана сайраш» ритми*
- Е. Митрал клапан очилиш тони*

30. 2 тонни а. pulmonalis да кучайишига сабаб булмайдиган касалликни курсатинг?

- А. Митрал тешик стенози*
- Б. Ўпка эмфиземаси*
- С. Пневмосклероз*
- Д. Гипертония касаллиги **
- Е. Боталлов йули бекилмаслиги*

ХАЗМ ТИЗИМИ

Шикоятлар

Хазм тракти касалликларида беморларнинг шикоятлари уч гуруҳга булинади: 1. Асосий маҳаллий куринишдаги шикоятлар:

- Огрик (dolor) – меъда касалликларида огрик симптоми етакчи белгилардан бири булиб ҳисобланади. Эпигастрал соҳада огрикнинг булиши ҳар доим ҳам ошқозон билан боғлиқ булавермайди. Шунини таъкидлаш керакки, эпигастрал соҳа «хамма огрикларни учрашув жойи», яъни бу огриклар жигар касалликларида, ошқозон ости беъи касалликларида, коринни ок чизиги чурраларида, баъзида эса вицеро-висцерал рефлекслар туфайли (уткир аппендицит, миокард инфаркти, диафрагмал плевро-нинг яллигланиши ва х.з.) ҳам кузатилади. Шунинг учун огрик симптомида бемордан куйидагиларни аниклаш лозим:

- жойлашган жойи (бемордан кули билан огрикни жойлашган жойини курсатиши суралади);
- характери – хуружли, баъзи-баъзида (маълум соатларда) доимий, мавсумий (бахор ёки кузда);
- овкат қабул қилиш вақти ва таркибига боғлиқлиги;
- тарқалиши (унг курак остига, туш ортига, чап ковуруга остига, елкага, белбоғсимон);
- овкат қабул қилгандан кейин ёки қусишдан кейин характерини узғаришига (қамайиши, қучайиши, узғаришсиз);
- жисмоний зуриқиш билан боғлиқлиги (туртки, огирлик қутариш, юргандаги силқиниш), эмоционал ҳолат билан боғлиқлиги;
- огрикни қучига (санчикли, симилловчи, кесувчи).

Эпигастрал соҳадаги хуружли, даврий огриклар ошқозон туби мушаклари таранглашуви билан боғлиқ.

Механизми. Ошқозон шираси кислоталилигини ошиши натижасида ошқозонни бошқарувчи адашган асаб толаси тонусини ошишига ва огрикни юзага қелишига сабаб бўлади. Огрикларни юзага қелиш вақтига кура дастлабки огриклар (15-40 дақиқа ичида) ва кечки огриклар (1,5-2 соатдан кейин, тунги ва оч қолгандаги) га булинади, овкат қабул қилгандан кейин огриклар қамаяди. Агар огриклар уткир, дудланган, ковурилган овкат қабул қилгандан кейин қучайса, бундай огриклар ошқозон ширасини гиперсекрециясидан қалолат беради. Ушбу ҳолатда огриклар эпигастрал соҳада жойлашган булиб, интенсивлиги қаланд, овкат қабул қилгандан кейин, қусгандан кейин огриклар қамаяди. Меъда огриклари аниқ огриклар қурини-шида эмас, балки туш ости ва эпигастрал соҳада огирлик ҳиссини булиши қуринишида ҳам бўлади. Бу қилдаги огрик сезгиси меъданинг овкат билан қулиб қетганлигига, шунингдек меъданинг қастга тушганлигига ёки қенгайиб қолганлигини қурсатеди. Меъдага алоқадор бирмунча қучли огриклар доимий ва вақти-вақти билан тутадиган (ёки санчиксимон) булиши мумкин. Қорин соҳасидаги

огриклар пайдо булиш механизмига кура висцерал, перитониал ва акс эттирувчи огрикларга булинади.

Висцерал огриклар ошкозон, ичак, ут пуфаги харакатини бузилишига хос булади (силлик мушаклар спазми ёки чузилишларда). Бу огриклар хуружсимон (масалан, жигар ва ичак санчигида) ёки аксинча симилловчи (метеоризмда, ут пуфагининг гипомотор дискинезиясида) булиб, тананинг бошка кисмларига таркалади.

Перитониал огриклар корин пардасининг висцерал кавати таъсирланганда, масалан, ошкозон ярасининг тешилиши (перфорацияси) да кузатилади. Перитониал огриклар одатда доимий ва локал булади. Улар уткир, кесувчи характерга эга, нафас олганда ва харакат килганда кучаяди, корин пардаси олдинги деворининг таъсирланиши ва корин мушакларининг тарангланиши билан боради.

Акс эттирувчи огриклар иррадиация билан боглик. Масалан, унг томонлама паст булакли зотилжамда, плевритда кузатилади. Бу турдаги огриклар диафрагмал нервнинг таъсирланиши сабабли диспепсик симптомлар билан юзага келади.

Огрикларни тугри бахолаш мақсадида уларнинг локализациясини аниклаш муҳимдир. Шу мақсадда коринни топографик соҳаларга булиб, огрик айнан қайси аъзога тегишлилигини аниклаш мумкин.

Доимий типдаги огриклар гоҳ зурайиб, гоҳ пасайиб босим бир неча кун ва ҳатто ҳафта ҳамда ойларга чузилади. Бу огриклар қадаладиган еки тортадиган огриклар ҳолида булади; баъзан улар кучли, баъзан симиллайдиган, зиркирайдиган характерга булади (гастроптоз, усмаларда). **Санчикли огриклар** аввало овқатни қабул қилиш билан боглик булади. Бу огриклар шундай узиға ҳослик билан ажралиб турадики, бемор овқат еганидан маълум вақт утганидан кейин огрик юзаға келади. Баъзи ҳолларда огриклар овқат қабул қилгандан кейин қуп утмай ($1\frac{1}{4}$ – $1\frac{1}{2}$ соатдан кейин) тутса, бошка ҳолларда анча вақт оралаб (2 – 3 соатдан) кейин кузатилади (кечки огриклар). Бундан ташқари, оч огриклар, яъни наҳорға тутадиган огриклар қуп учрайди. Ниҳоят, санчиксимон меъда огрикларига тунги огриклар қиради – огриклар одатда кечаси, маълум вақтда тутиб қолади. Санчикка ухшайдиган бу огриклар қупгина ҳолларда туш ости соҳасининг ачишиш сезгиси, зарда қайнаши ва аччик қусуқ ташлаш билан бирға давом этади. Қайт қилгандан кейин, ишқорлар ичилганда, меъда соҳаси иситилганда ва иссик ичимлик ичилганда бу огриклар енгил тортади.

Пилорус ёки меъда мушак қатлами бошка қисмларининг спазми санчик-симон огрикларға сабаб булади. Огриклар меъда харакатидан таъсирланганда юзаға келади. Меъданинг шу тариқа таъсирланиши қупинча меъда ширасида қислота қупайишиға ёки меъда ва ун икки бармоқли ичакда ярани юзаға қелишиға сабаб булади.

Бундан ташқари туш ости соҳасида вақт-вақти билан тутиб турадиган огриклар ҳам кузатилади. Бу огриклар овқатланишға боглик бўлмаган ҳолда

нерв охирларини кузгалиши туфайли юзага келадиган кучли кризлар куринишида булади. Шу огрикларнинг типик формаси сухта (tabes dorsalis) да, яъни захмга алоқадор булган орка мия касалликларида учрайди.

Огрикларнинг мавсумий куринишида булиши, яъни баҳор ва кузда кузиши яра касалликларига хос булган белгидир. Доимий симилловчи огриклар асосан шиллик ости ва шиллик каватидаги нерв рецепторларини кузгалишидан юзага келиб, овкат қабул қилгандан кейин қучаяди (сурункали гастрит, ошқозон раки). Перигастрит (ошқозонни қоплаб турган қорин пардасини сурункали яллиғланиши) да огриклар овкат қабул қилган захотиёқ, унинг таркибига боғлиқ булмаган ҳолда юзага келади. Ошқозон ва қушни аъзолар билан қатишмалар булганда огриклар исталган жисмоний зуриқишда, тана вазия-ти турлича узгарганда юзага келади.

Ҳазм тизими касалликларида қорин соҳасидаги огрикларнинг жойи, унинг характери аниқлаш алоҳида аҳамиятга эга. Шунинг учун беморларга алоҳида саволлар билан мурожаат қилиш зарур:

- оғриқ жойи, унинг характери ва тарқалиш соҳалари курсатинг?
- давомийлиги қанча (соат, кун, ҳафта, ой)?
- доимий ёки уткинчи куринишдами?
- нима қучайтиради ёки сусайтиради?
- характери овқатланиш вақтида узгарадими?
- характери дефекация акти вақтида узгарадими?
- тунги пайтда оғриқдан уйғонасизми?
- қунгил айланиши ёки қусиш билан кечадими?
- сизда тана вазни узгардими, қузатганмисиз?
- яра ҳосил булишига сабаб булувчи дори воситалари қабул қилганмисиз?
- ахлатнинг қонсистенцияси ва меъёрийлиги узгарганми?

• Иштаҳанинг узгариши – факатгина меъдаси касалланган беморларга хос эмас. Организмнинг умумий аҳоли, нерв системасининг ҳолати, умумий инфекция ёки токсик касалликлар, моддалар алмашинувининг бузилиши ҳамда эндокрин сферадаги узгаришлар ва ҳоказоларнинг иштаҳага нечоғли қуп таъсир қурсатиш ҳаммага маълум. Меъда касалликларида иштаҳа пасайиши ёки очилиши маъносида ҳам узгарган булиши мумкин. Меъда касалликларида иштаҳанинг пасайиши бутунлай иштаҳасизлик (анорексия) куринишида ҳам учрайди (утқир гастрит, ошқозон раки). Иштаҳанинг очилиши меъда секрецияси қучайган ҳолатлар (жумладан яра касаллиги) га характерлидир. Иштаҳасизликдан овқатни қабул қилишдан қурқиш ҳолатини (citofobia) фарқлаш керак, яъни овқат қабул қилганда огриклар қучаяди (яра касаллигида). Баъзан беморларда иштаҳани айланиши (одатда қабул қилинмайдиган нарсаларни қабул қилиш: бур, керосин, қумир, оҳақ, қесақ, соқ, тирноқ, хом гушт, хом ҳамир) куринишади булиши мумкин. Юқоридаги ҳолат (pica chloratica) ҳомиладор аёлларда, темир танқислиги қамқонликларида, ахлоргидрияда қузатилади. Ошқозон раки ва бошқа усма касалликларида гуштли маҳсулотларга нисбатан иштаҳасизлик ҳолати қузатилади. Иштаҳанинг пай-

до булиш механизми И.П. Павлов назариясига биноан кондаги озиклантирувчи моддаларни миқдорини камайиши натижасида гипоталамусдаги «овкатланиш маркази» ни кузгалиши ва ошкозон поприорецепторлари («буш ошкозон») дан импульсларни кучайиши натижасида келиб чиқади. Овкатланиш марказининг тонуси узунчоқ миёдаги вегетатив марказларни ҳолатига (кусиш маркази кузгалганда иштахани чуқур издан чиқиши), катта яримшар-лар пустлогини функционал ҳолатига ва ҳазм трактининг рефлексор таъсири-га боғлиқ.

Иштахаси узгарган беморларга куйидаги саволлар билан мурожаат қилиш зарур:

- иштахангиз нормадами ёки ошган-пасайган қуринишдами?
- қанча вақт давомида узингизда озиш аломатларини сездингиз?
- овкат қабул қилгандан сунг узингизда қониқиш ҳиссини сезасизми?
- қунладик қонушта тушлиқ ва кечки овқатингизни характерлаб беринг?
- сизни қунгил айниш, қусиш ва қориндаги оғриқлар безовта қиладими?
- ичакларни бушалиши (ахлат), унинг миқдори, ранги ва консистенциясини тасвирлаб беринг?
- сунгги пайтларда сизда тана ҳарорати қутарилдими?
- сийдикни қуп миқдорда ажралиш ҳолатлари бўлганми?
- сизда об-ҳаво узғариши туфайли безовталиқ бўлганми?

• Кекириш – бу бир оз миқдор меъда суюқлигининг оғиз бушлигига тусатдан қайтиб чиқишидан иборат ҳодисадир.

Механизми. Кекириш овкат ёки газ билан тулган меъдани диафрагма, қорин девори ва шишиб турган ичаклар орасида қисилиб қолишидан ёки пилороспазм натижасида келиб чиқади. Меъда суюқлиги қизилунгачга ва ундан кейин оғиз бушлигига отилиб чиқади. Кекиришни 2 хил тури тафовут қилинади: 1. ҳаволи кекириш («буш») – *eructatio*, 2. овкат билан кекириш – *regurgitatio*. Ҳаволи кекириш одатга қура зур бериб ҳаво ютишда (невроз туфайли юзага келадиган аэрофагия) ёки меъдада овкат зур бериб бижгиганда ортикча газ ҳосил бўлиши муносабати билан қурилади. Меъдада бижгиш булар экан, «буш» кекириш хидсиз бўлади (карбонат ангидрид ҳосил бўлади). Оксиллар парчаланганда эса, водород сульфид ҳосил бўлади ва кекириш қуланса «палагда тухумлар» хидига эга бўлиб қолади, бу ҳол овқатни меъдада анча узок туриб қолганидан дарак беради. Бу ҳолат гипохлогидрия, ахилия (ошкозон рақи), гастроптозда қузатилади. Овкат билан кекириш нордон (меъда суюқлигининг қислоталилиги ошганда), аччик (меъдага ут отилиб чикканида ёки органик қислоталар – мой қислота ва бошқалар ҳисобига – «айниган ёғ билан кекириш») ёки ачиган (меъдада овкат қуп туриб қолганда ва парчаланганда) бўлиши мумкин.

• Зарда қайнаши (*pyrosis*) – туш ортида ва эпигастрал соҳада қуйишиш ҳиссининг бўлиши.

• Механизми. Ошкозон ҳаракатинини бузилиши, привратникни спастик ҳолатда бўлиши, ошкозон ичи босимини ортиши, ошкозон шиллик қавати

сезгирлигини ошиши, кардиал сфинктрни етишмовчилиги натижасида вакти-вакти билан ошкозон шираси кизилунгачни пастки 1/3 кисмига отилиб чикиб туради. Зарда кайнаши асосий симптом куринишида гиперацид гастритда, ошкозон яра касаллигида, сурункали холециститда, шунингдек, диафрагма чурраларида, хомиладорликда кузатилади. Баъзан мутлак соглом кишиларда айрим овкат махсулотларига сезгирликнинг ошиши натижасида ҳам кузатилади.

- Кунгил айниши (nausea) – рефлекс акт булиб, адашган невринг кузгалиши натижасида юзага келади. Эпигастрал сохада босилиш хиссини булиши ва шу билан бир вақтда огиз бушлигида бемаза таъм пайдо булиши билан характерланади. Кунгил айниши тери копланларининг оқариши, кул оёқларнинг муздек булиши, артериал босимнинг пасайиши, камкувватлик, куп сулак ажралиши (гиперсаливация) билан давом этади. Бу ходисалар адашган нервнинг таъсирланишига боғлиқ. Кунгил айнишининг механизми халигача аниқланган эмас, бироқ уни қусиш билан биргаликда келиши қусиш марказини кузгалиши натижасида деб қаралади. Кунгил айнишининг юзага келишида асосий уринни нерв тизими, шунингдек, ошкозон 12 бармокли ичак, ингичка ичакни тонуси муҳим роль уйнайди. Кунгил айниши меъда касалликларидагина эмас, балки талайгина бошқа касалликлар (хомиладорлик, буйрак фаолияти етишмовчилиги, миёда қон айланиши издан чиққан) да ҳам учрайди. Соглом кишиларда эса кунгил айниши марказий нерв тизимида боғлиқ равишда (ёқимсиз овкат куринганда, шундай овкат тугрисида ҳаёл қилинганда, қуланса хид сезилганда) пайдо бўлади. Умумий интоксикациялар, шунингдек рефлекс таъсирланишлар (қорин пардаси, қуёшсимон қиғалдан келадиган таъсирлар) вақтида ҳам кунгил айниши кузатилади.

- Қусиш (emesis, vomitus) – мураккаб рефлекс акт булиб, қусиш марказининг кузгалиши натижасида юзага келади.

Механизми. Қетмакет келадиган бир қанча ҳаракатлардан иборат: аввал ошкозонни пилорик қисми ёпилади ва меъданинг мушаклари қискаради. Бу ҳол меъда ичи босимини ошишига, мушакларни антиперистальтикасига, шунга қура кардиал сфинктрни очилиб, меъда суюқлигини кизилунгачга утишига, қорин мушаклари ва нафас мушаклари ҳаракати туфайл кизилунгачга, ҳамлақум ва огиз бушлиги, баъзан бурун йуллари орқали отилиб чиқишига сабаб бўлади.

Қусиш ҳолати ҳазм тракти касалликларида жигар, ут йуллари ва буйрак касалликларида, шунингдек, сифатсиз овкат махсулотини қабул қилганда, вестибуляр рецепторлар қузғалганда, қурув ва хид билув анализаторлари таъсирланганда кузатилади. Қупчилик ҳолатларда қусишдан олдин қам ёқи қуп давом этадиган кунгил айниши, баъзан эса гиперсаливация юзага келади. Қусиш рефлексини қақирувчи омиллар қилма-қил. Шунга қура қуйидаги омиллар фарқланади: 1. марказий қусиш, 2. периферик (рефлекс) қусиш, 3. гематоген-токсик қусиш.

Марказий кусиш – марказга алокадор кайт килиш олдиндан кунгил айнамаган ва бошка диспептик ходисалар кузатилмаган холда тусатдан юзага келади. Бундай турдаги кусиш бош мия ичи босими ошганда, мия томирлари спазми булганда, шунингдек, истерик холатларда кузатилади. Периферик кусишдан фарк килиб, мияга алокадор кусишда кайт килишдан кейин бемор узини енгил хис килмайди.

Периферик ёки рефлектор кусиш – ошкозон ва хазм тракти касалликлари билан боғлиқ равишда юзага келиб, бунда кусишдан ташкари касалликка хос булган бошка белгилар ҳам кузатилади. Меъдадан кайт килиш меъда шиллик пардасининг турли йуллар таъсирланиши натижасида юзага келади:

1) меъда шиллик пардасида кимёвий махсулотлар, жумладан овкат, дори махсулотлари таъсир этганда, шунингдек меъда шиллик пардаси яллигланганда;
2) меъда овкат билан тулиб кетганлиги, пилорик кискариб ёки торайиб колганлиги, меъда мушак катлами бушаганлиги муносабати билан меъда кенгайиб колганлиги натижасида дам булганида. Меъдадан кайт килишнинг характери белгиси кунгил айнаши билан бирга утишидир, одатда кусишдан олдин кунгил айнай бошлайди. Меъдадан кайт килиш ходисаси адашган нервнинг меъдадаги охирлари таъсирланиши натижасида келиб чиқади. Периферик йул билан юзага келадиган кайт килишнинг бошка формалари – кориндаги бошка органлар шикастланганда куриладиган кайт килишдир, бунда масалан, ут пуфаги, бачадон ва ортикалари, чувалчангсимон усимта касалланганида булганидек, корин пардасига шикаст етади (корин пардаси яллигланган, чузилган ёки гиперемияланган булади). Бундай касалликларда куриладиган кайд килиш ходисаси рефлектор деб аталади, чунки бошка органлардан келадиган нервлар меъда нерв аппаратида рефлектор йул билан таъсир курсатиши натижасида меъда бушалади. Тил илдизи, бодомча безлари, юмшок танглай ва томокни таъсирлаш йули билан сунъий равишда юзага чиқарса буладиган кайт килиш ходисаси ҳам худди шундай характерга эгадир («кусиш рефлекси»). Рефлектор йул билан кайт килиш ходисасига меъда бушалса ҳам кайт килишнинг тухтамаслиги характерлидир деб хисобланади (бирок меъдадан кайт килиш ҳам меъда бушалганидан кейин бирмунча вақтгача давом этиши мумкин). Жуда купчилик холларда касаллар одатда кайт килинадиган вақтни курсатиб беради. Баъзи холларда эрталаб нахорга кайт килинади (меъда тун буйи меъда шираси ва шилимшик тупланиб колганда ва меъда секрецияси кучайиши ёки меъданинг бушалиши тухтатилиб колганлиги муносабати билан). Бошка холларда одам овкат еганидан кейин куп утмай кайт килади – меъда шиллик пардаси яллигланганда шундай булади.

Баъзан овкатдан 1 – 2 – 3 соат кейин кайт килинади, бу яра касаллигига айнакса характерлидир. Жуда кеч, яъни овкатдан 6 соат ва бундан кура купроқ вақт утгандан кейин кайт килиш холлари, шунингдек кеча ейдиган овкат билан кайт килиш холлари (пилорик спазм ва меъда жуда кенгайиб кетганда) ҳам курилади. Кусук массаларининг характери (таркибини) касаллардан суриштириш алохида ахамиятга эга. Кусук массаларига кон аралашганлигини

касал сезган-сезмаганлигини аниклаш айникса мухим. Кусук мас-саларига огиз бушлиги ёки бурун конаганда кон кушилиши мумкинлигини назарда тутиш керак, албатта. Бундан ташкари, каттик кучаник билан жуда зур бериб кусилганда шиллик парданинг шикастланиши туфайли кусук масса-ларига арзимас кон аралашини мумкинлигини айтиб утиш керак. Меъдадан росмана кон кетиши haematemesis деб аталади ва меъда шиллик пардасининг турли сабабларига кура яра булганлигини курсатади. Меъдадан жуда кам кон кетиши хам, жуда куп кон кетиши хам мумкин. Меъдадан куп кон кетганида кусук массалари кип-кизил (янги кон) куринишида булади. Меъда сал-пал конаганда, кон бирмунча вақт меъдада колиб, хлорид кислота таъсирига учра-ганлиги сабабли коннинг ранги жигар ранг булиб колади («кофе куйкаси» холида кушиш), чунки гемоглобин гематин хлоридга айланади. Ахён-ахёнда касаллар яшил жигар ранг тусли, уткир куланса хидли кусук ташлашдан нолийди («ахлат кайт килиш»), бу хол ичак тутилган пайтда учрайди. Янада камрок холларда кусук билан бирга йиринг тушади (меъда флегмонасида ёки меъда ичак йулига кандай булмасин йиринг очилганда).

Беморларда кушиш аломатлари кузатилганда уларга куйидаги кушимча саволлар билан мурожаат килиш лозим:

- эрталабларига кушиш кузатиладими?
- сиздаги кушиш аломати овкат кабул килиш билан богликми?
- кушиш пайтида корин сохасида огрик кузатиладими?
- кусук массаларида кон ёки ут аралашганми?
- кусук массаларида овкат колдиги кузатилганми?
- кусук массалари «кофе куйкаси» рангини эслатадими?
- канака дори моддаларини кабул киласиз?

2. Умумий куринишдаги кушимча шикоятларга умумий камкувватлик, иш кобилиятининг пасайиши, дармонсизлик, озиш (баъзан кахексия куринишигача) кабилар киради.

Анамнез. Хазм системаси касаланган беморларни хаёт анамнезини суруштирганда шу касалликнинг келиб чикишида кайси омиллар сабаб булганлигини аниклаш лозим. Булар нотуғри овкатланиш ва уз вақтида овкатланмаслик, аччик овкатлар, алкагольни куп истеъмол килиш, чекиш ва бошқалар булиши мумкин. Бундан ташкари овкатнинг сифати ва таркиби хам ахамиятига эга. Куп микдорда углеводли овкатлар ейиш диспепсияга, клетчаткаси юмшок ва камрок овкат ейиш кабзиятга олиб келади.

Беморнинг кечирган касалликлари (кучли захарланиш, дизентерия, корин тифи ичак инвазиялари ва бошқ) хам хазм азолари касалликлари келиб чикишда маълум ахамиятга эга булиши мумкин. Меъда ширасининг кислоталилик даражаси ичак фаолиятига таъсир курсатади масалан, анацид холатларда ичак перисталтикаси зураиб ич кетиши мумкин буни ахиллик ич кетиши деб аталади, аксинча гиперацид холатларда адашган нерв тонусининг ошиб кетиши натижасида спастик кабзият келиб чикади. Бундан

ташкари меъда ости беи фаолияти сусайганда ёғларнинг сурилиши ва хазм булиши кийнлашиши натижасида ҳам ич кетиши мумкин.

Беморларни сураб-суруштирганда наслий маълумотлар яъний унинг кариндош –уруғларида ушбу касаллик ёки унинг айрим белгилари булган-булмаганлиги, бемор бутун хаёти давомида қандай дори-дармонлар қабул қилганлиги, қандай шароитида ишлаган ва яшаганлигини ҳисобга олиш ҳам аҳамиятга эга. Чунки айрим хазм аъзолари касалликлари: меъда, ун икки бармоқли ичак, йуғон ичакнинг яра касаллиги, моддалар алмашинуви бузилиши натижасида келиб чикувчи касалликлар юзага келишида наслий мойиллик, бир хил хаёт ва иш шароитининг ҳам таъсири катта бўлади.

Куздан кечириш

Куздан кечириш (inspectio) – беморларни умумий куздан кечиришда тери ости ёғ қатламини тараккий қилиш даражасига алоҳида эътибор берилади. Катта ёшдаги кишиларда тери ости ёғ қатламини аниқлаш учун Траубе соҳасида (чап қовурга ёйи ости) тери қатлами ҳосил қилиниб аниқланади. Нормада 2-3 см.ни ташкил қилади. Ундан ортиқ булиши ёғ қатламини қуп тараккий қилганлигини, кам булиши эса ёғ қатлами етарлича эмаслигини курсатади. Хазм тракти касалликларида умумий куздан кечиришда озиш ҳолатини, баъзида қахексия даражасига етганлигини кузатиш мумкин (ошқозон раки, привратник стенози). Шунингдек, тери қопламларини рангига ҳам эътибор берилади. Оқимтир тусдаги тери қоплами яра касалликларида, хазм трактидан қон қетганда қузатилади.

Маҳаллий куздан кечирганда оғиз бушлигини ҳолатига: тишларнинг тузилишига, милқларга, тил сургичларига, оғиз бушлиги шиллик қаватларига алоҳида эътибор берилади. Нормада тил тоза ва етарлича намланган бўлади. Асоратланмаган яра касаллигида тилда узғаришлар қузатилмайди. Уткир гастрит учун тилни оқимтир-қулранг қараш билан қопланиши ва ёқимсиз хид келиши характерли; тилнинг қурук булиши уткир панкреатит учун ҳос; тил сургичларининг атрофияга учраб силликланиши атрофик гастритга, ошқозон секретор фаолиятининг етишмовчилигига, В гуруҳ витаминлари танқислигига ва темир танқис камқонликлари учун характерлидир. Тилни силлик, ялтирок («лақланган» - Хантер тили) қуринишида булиши жигар сурункали ҳасталикларида, темир танқис камқонликларида қузатилади. Тил учини қизил рангда («жигар тили» – малинасимон) булиши жигар циррозлари учун ҳос белги бўлиб ҳисобланади. Тилда турли хил қуринишдаги ёриқларни пайдо булиши полигипоавитаминозлар учун характерли. Тилни ён деворларида тишлардан изларни қолиши қорин тифи учун характерли. Тил ости шиллик пардаларини сарғимтир ёки сарик тусга қириши уткир гепатитлар учун ҳос. Шиллик пардаларга қон қуйилиши, тошмалар (энантемалар) ни булиши уткир юқумли касалликлар учун характерли. Милқларни қонагандек, очик қизил рангда булиши В гуруҳ

витаминологи етишмовчилиги ва темир танкислиги ҳолатлари учун характерли. Огиз бурчагини бичилиши, ёрикларни пайдо булиши (ангуляр хейлит) стоматитлар учун хос. Шунингдек, каттик ва юмшок танг-лайннинг тузилишига эътибор бериледи.

Меъда соҳасини куздан кечириш меъданинг катта-кичиклиги ва ҳолати тугрисида бир қадар тасаввур бериши мумкин. Корин дам булганида меъда думпайиб туради ва контурлари сезиларли булиб қолади. Баъзан унинг нормал перистальтик ҳаракатлари сезиладиган бўлади. Паталогик ҳолларда (масалан, пилорик қисм торайиб қолганида) меъда перистальтикаси корин деворини қутариб турадиган урамлар қуринишида аниқ қуринади; айни вақтда меъда контурлари айниқса яхши қуринадиган булиб қолади. Туш ости соҳасига уриб қурилгандан кейин еки шу соҳа массаж қилингандан кейин перистальтика тулқинлари аниқроқ қузғатиланади. Нихоят, куздан кечиришда меъданинг йирик усмалари сезиладиган бўлади (айни вақтда корин девори юпка ва хилвиллаган бўлса).

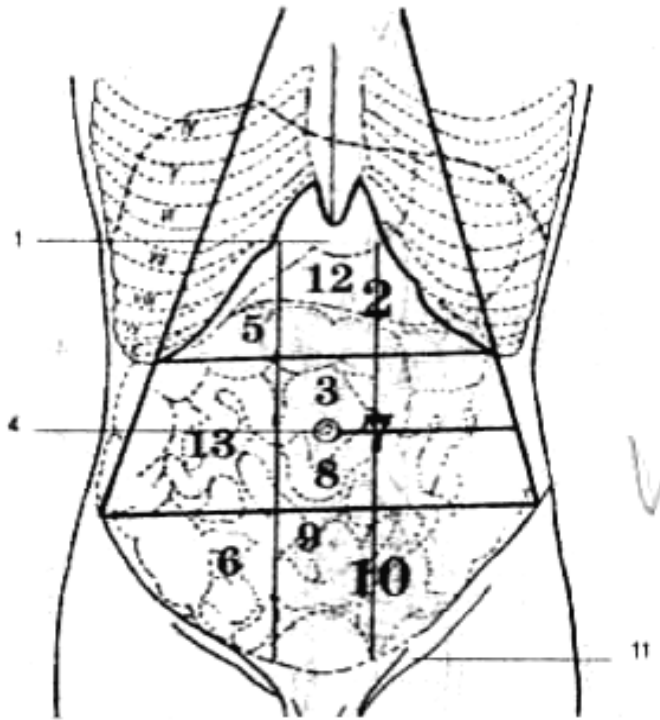
Пальпация

Пальпация усулини утқизишда огрикларни жойлашган жойини, тери остига ҳосилаларини, аъзоларни жойлашган урнини аниқлаш учун биз шартли равишда корин бушлигини қуйидаги қисмларга булиб урганамиз. Бунинг учун 2 та горизонтал ва 2 та вертикал чизиклар утқизилади. Биринчи горизонтал чизик унг ва чапдан Х – қовурғаларни пастки қирраси бўйлаб узаро туташтирилади. Иккинчи горизонтал чизик эса унг ва чапдан ёнбош суягини юқори қиррасини узаро туташтирилади. Ҳар иккала вертикал чизик юқоридан пастга қараб кориннинг тугри мушагини ташқи қирраси бўйлаб утқизилади. Натижада корин бушлиги 9 та соҳага бўлинади: 3 та жуфт, 3 та тоқ. Қуйидаги соҳалар фарқланади: эпигастрал соҳа, унг ва чап қовурға ости соҳаси, унг ва чап мезогастриал соҳа, унг ва чап ёнбош соҳа, умбиликал соҳа (қиндик), қовусти соҳаси (35-расм).

Корин бушлиги аъзолари юқоридан диафрагма билан чегараланган, пастдан эса қичик қанотча утади. Мазкур соҳада жойлашган аъзолар корин бушлиги аъзоларига қиради. Бунга ошқозон, ошқозон ости бези, 12 бармоқли ичак, қундаланг қанотча ичак, қутарилувчи ва тушувчи йўгон ичак, сигмасимон ичак, тугри ичакнинг бир қисми, жигар, ут қуфғи, талок, сийдик қуфғи қиради (38-расм). Шунинг учун корин бушлиги аъзоларини пайпаслаб қуриш, огрикнинг жойини аниқлаш текширувчидан катта маъсулият, билим ва қуниқмани талаб қилади, чунки аъзолардаги узғаришлар бир-бирини таъсирлаши мумкин.

Ошқозон, ингичка ичак, қундаланг қанотча ичак, сигмасимон ичак, талок ва жигар корин пардасини висцерал варағи билан қопланган, яъни корин пардаси ичида жойлашган. Шунинг учун юқоридаги аъзоларда паталогик жараёнлар қечганда яллиғланиш осонгина корин пардасига утиб, узига хос клиник манзарани юзага қелтирилади (огриклар).

Кутарилувчи ва тушувчи чамбар ичак корин пардаси билан уч томондан копланган, буйраклар, буйрак усти бези, ошкозон ости бези ва 12 бармокли ичакни каттагина кисми корин пардасидан ташкарида, ретроперитониал жойлашган. Меъдани пайпаслаб куришда куйидаги коидаларга риоя килинади: 1. бемор горизонтал холатда чалканча ёткизилади, куллари ён томонга ёки кукрак кафасига куйилади; 2. асосан меъда нахорда пайпаслаб курилади;



35-расм.

Корин сохалари: 1- ханжарсимон усик сохаси, 2- эпигастрал соха, 3- киндик усти сохаси, 4- киндик сохаси, 5-унг ва чап ковурга ости сохаси, 6- ён-бош сохалар, 7- мезогастриал соха, 8- киндик ости сохаси, 9- ков усти сохаси, 10- гипогастриал соха, 11- ён-бош бурмалари (чов сохаси), 12- эпигастриум

Кутарилувчи ва тушувчи чамбар ичак корин пардаси билан 3 томондан копланган, буйраклар, буйрак усти бези, ошкозон ости бези ва 12 бармокли ичакни каттагина кисми корин пардасидан ташкарида, ретроперитониал жойлашган. Меъдани пайпаслаб куришда куйидаги коидаларга риоя килинади: 1- бемор горизонтал холатда чалканча ёткизилади, куллари ён томонга ёки кукрак кафасига куйилади; 2- асосан меъда нахорда пайпаслаб курилади; 3- текширувчини кули илик булиши керак; 4- корин деворини бушаштириш учун касал чукур-чукур нафас олиши ва корин деворини бушаштиришга харакат килиши лозим, саволлар бериб унинг диккати чалгитиш фойдалидир; 5- хона харорати муътадил булиши керак; 6- бемор каттик, текис жойга ёткизилиши керак (кушетка); 7- текширувчи беморга хар доим унг томондан ёндашиши лозим.

Коринни пальпацияси юзаки, ориентирловчи (мулжалли) пальпация усули билан бошланади. Бу усул ёрдамида корин бушлигидаги огрикли сохалар, корин пардасини кузгалиши (Щёткин-Блюмберг симптоми), корин мушакларини ёрилиши, кориннинг ок чизиги чурраларини, корин деворини таранглилигини, мушаклар химоясини (defense musculaire) аниклаш мумкин. Юзаки пальпация чап ёнбош сохасидан бошлаб соат стрелкасига карама-карши йуналишда аста-секинлик билан чап ковурга остига, эпигастрал сохага, унг ковурга ости, унг ёнбош сохаси, ков усти сохаси ва киндик атрофида бир хилдаги юзаки пайпасловчи ҳаракатлар ёрдамида амалга оширилади. Бу пайтда текширувчи беморни юз мимикаси узгаришига эътибор бериб, огрикли сохаларни аниклайди.

Коринни чукур пальпацияси В.П. Образцов ва Н.Д. Стражеско усули буйича утказилади. Бу усул чукур, услубий, кетма-кет, сирпанувчи пальпация усули деб номланади. Усулнинг асл мохиятини куйидаги коидалар ташкил килади:

- Кулнинг вазияти – текширувчи унг кулининг II-V бармоклари юмшок кисмини текширилувчи аъзони чегарасига параллел куяди.
- Тери бурмасини ҳосил килиш – текширувчи корин деворини узига томонга секин тортиб, бармоклари остида бурма ҳосил килади (чунки текширилувчи аъзо юзасида осонлик билан сирпантирувчи ҳаракат килиш учун).
- Чукур пайпаслаш – бунда текширувчи кул ҳаракатларини кориннинг нафас ҳаракатига мослаштириб олгач, бемор нафас чиқарган пайтда корин бушлигига чукур кириб боради (кориннинг орқа деворига яқинлашгунча – мономануал пальпацияда ёки чап кул билан максимал яқинлашгунга қадар – бимануал пальпацияда).
- Сирпантирувчи ҳаракат – текширувчи чукур нафас олганда ҳосил килинган чунтакда текширилувчи аъзо юзасида енгилгина сирпантирувчи ҳаракатни амалга оширади. Бу эса мазкур аъзони кирралари, юзаси ва консистенцияси тугрисида маълумот олиш имконини беради.

Коринни чукур пальпацияси куйидаги кетма-кетликда олиб борилади: сигмасимон ичак, қуричак чувалчангсимон усимтаси билан, кутарилувчи чам-бар ичак, кундаланг чамбар ичак, тушувчи чамбар ичак, ошқозонни катта эгрилиги, кичик эгрилиги, привратник, жигар, ошқозон ости беzi, талок, буй-раклар, сийдик пуфаги.

Биз куйида ошқозонни пайпаслаш усулини мохияти хусусида тухталамиз. Соғлом кишиларда ошқозонни катта эгрилиги 50-60% ҳолларда, привратник 20-25% ҳолларда қулга уннайди, кичик эгрилик эса ошқозон пастга (гастроптоз) тушганда пайпасланади. Ошқозонни катта эгрилиги танани олдинги урта чизигидан ҳар иккала томонда, киндикдан 2 см юқорида жойлашган. Катта эгрилик умуртка погонаси ва унинг икки ёнида ётган урам қуринишида аникланади. Уни аниклаш учун туш ости сохасини унг ва чапдан пайпаслаб қурилади. Катта эгрилик пайпасланганлигини тасдиқлаш учун

ошкозонни пастки (стетоеакустик пальпация, перкуссия, африксия усули) чегарасига мос эканлиги эътиборга олинади. Пилорик кисм умуртка погонасидан унг томонда, жигар чети тагида, гох кискариб гох бушашиб турадиган тортма куринишида пайпасланади, йуналиши юкоридан пастга ва унга. Пилорик кисм паталогик узгаришларга учрайдиган холларда шу тортма каттиклашади ва катталашади. Меъда паст тушган булса, пилорик кисм кулга купрок уннайдди. Пайпаслаш вақтида меъда сохасида ёки олдинги корин деворининг тегишли кисмида безиллаш (гиперальгизия, гиперэстезия) сохалари маълум булади. Безиллаш диффуз ёки чегараланган булиши мумкин. Чегараланган безиллаш баъзан огрийдиган нукталар куринишида маълум булади. Меъда пальпация килинганда огрик сезилиши висцеросензор рефлексга боглик: ички органлардаги паталогик жараёнлардан юзага келадиган таъсиротлар мазкур холда меъдада марказга интилувчи йулар буйлаб орка мияга утади ва у ердан марказдан кочувчи тегишли нейронлар буйлаб энди огрик сезилари куринишида Гед-Захаръин зоналарига (VII, VIII ва IX курак сегменти), тери, мускуллар ва корин пардасининг париетал каватига утади. Меъдани пайпаслаб курилганида, хусусан анча безиллайдиган булса, корин девори мушакларининг каттик кискаришига сабаб булиши мумкин (мускул химояси - *defense musculaire*). Корин мушакларининг кискариши хозиргина айтиб утилган висцеросензор рефлексга ухшаб келадиган висцеромотор химоя рефлексининг натижасидир. Мускул химояси белгиси меъда яра касаллигида, уткир коринда айникса куп кузатилади. Меъдани пальпация килиш меъда усмалари, шунингдек чекланган бошка паталогик холатларни (инфилтрат) аниклаш учун гоят катта роль уйнайди. Каттик перистальтик харакатлар килинадиган булса (кулдириш билан, акса бериш), пайпаслаб куриш вақтида баъзан тетаник кискариш натижасида меъданинг айрим сегментларини жуда каттик булиб колганлиги аникланади.

Перкуссия

Меъдани перкуссия килиш маскур орган чегараларини аниклаш учун кулла-нилади, бироқ ноаник натижалар беради ва шу сабабларга кура кам кулланилади. Бу холат тушунарли, чунки меъда ичакка бевосита такалиб туради ва меъда устида юзага келадиган тимпаник перкутор товушни ичакдан юзага келадиган тимпаникдан ажратиш кийин. Бунинг учун 1,5 – 2 стакан суюклик ичириш перкуссия шароитини бир кадар яхшилайдди. Шу усул кулланилганидан кейин меъданинг пастки чегараси буйлаб чиладиган бугик перкутор товуш меъдани чегарасини аниклаш имконини беради.

Алохида «аускультация – перкуссия» усули ҳам кулланилади: меъда сохасига стетоскоп куйилади, эшитиб куриш вақтида корин деворига юкоридан пастга караб тукуллатиб уриб курилади ёки бармок билан пайпасланади, перкуссия килаётган бармок меъда устида турар экан, перкутор товушлар фар-

кига караб (бугик товушни тимпаник товуш билан алмашилиши) ошкозонни пастки чегараси тугрисиди маълумот беради.

Болгача билан уриб куриш ёки букланган бармок билан корин сохасига узук-узук турткилар бериб куриш йули билан ҳам огрик сезгиларини аниклаш мухим ахамиятга эга (Мендель усули). Бу ҳолат корин пардаси таъсирланишидан далолат беради. Меъдани текширишда корин тугри мушакларининг устига уриб курилади. Корин пардаси париетал варагининг шикастланган жойига тугри келадиган кисмининг ортикча сезгир булиб колганлиги натижасида огрик сохалари аникланади.

Чайкалиш шовкини ҳосил килиш тукуллатиб куришнинг узига ҳос усул-лидир. Бунинг учун бемор горизонтал ҳолатни эгаллайди, текширувчи унгулини букилган, салгина керилган туртта бармоги билан корин деворига тегиб турадиган ва туртганда ухшаш тукуллатиб курилади; айти вақтда текширувчининг чап кули корининг юкори кисмига, унга кундаланг килиб кафт кирраси билан куйилади. Меъда девори ва ундаги ҳаво ҳамда суюклик катлами оркали утадиган зарблар яхши эшитиладиган чайкалиш овозини келтириб чиқаради. Чайкалиш шовкинини юкоридан пастга караб, эпигастрал соҳанингу ва чап кисмларида аниклаш керак. Чайкалиш овози эшитиладиган энг пастки жой меъданингу пастки чегарасига тугри келади. Нормида чайкалиш шовкини ёнбош суякларни олдинги юкори киррасини узаро туташтирувчи чизикдан 2 см юкорида аникланади; чайкалиш шовкини шу чизикдан пастда ҳам эшитиладиган бўлса, меъда пастки чегараси паст тушган деб эътироф килишга тугри келади (меъда паст турган, шунингдек кенгайиб кетган бўлса ҳам шундай бўлади).

Чайкалиш шовкини соғлом одамларда овкатдан кейингина аникланади; нахорда ва овкатдан 7 –8 соат кейин бу шовкинни юзага чиқариб бўлмайди. Бордию шундай шароитларда чайкалиш шовкини юзага келадиган бўлса, меъданингу яхши бушалмаслиги ёки меъда суюклигининг туриб колганлиги (гастросукория), меъда кенгайганлиги, жумладан тонус пасайганлиги муносабати билан ҳаракат функциясининг етишмовчилиги тугрисиди уйлаш керак. Чайкалиш шовкинини урта чизикдан унга аникланиши ошкозонни препилорик кисмини кенгайганлигидан далолат беради (Василенко симптоми).

Аускультация. Аускультация усули ошкозон касалликлари учун деярли амалий ахамиятга эга эмас. Баъзи ҳолларда ошкозонни пастки чегараларини аниклаш учун пальпация усули билан биргаликда кулланилади. Стетоскоп пальпация куйидаги тартибда утказилади: стетоскоп Траубе соҳасига, чап ковурга ёйи остига куйилади. Бир пайтнинг узида чап кул бармоклари ёрдамида корин деворига кисиб боровчи ҳаракатлар бериб астасекинлик билан стетоскопдан узоклашиб борилади. Бу ҳолат ошкозон проекциясига мос келувчи соҳа туга-гунга қадар давом эттирилади. Стетоскоп ёрдамида эса кисилишдан юзага келган товуш эшитилади, ошкозон чегараси тугаши билан товуш ҳам йуқола-ди (лекин ҳар доим ҳам аник натижалар олинмайди).

ИЧАКЛАРНИ ТЕКШИРИШ

Шикоятлар

Ичак касалликларида беморларнинг асосий шикоятларига куйидагилар киради:

- Огриклар
- Метеоризм
- Ич котиш
- Ич кетиш
- Ичаклардан кон кетиш

Огриклар (dolor) – беморлар корин сохасида огрикларга шикоят килганда огрикнинг жойлашган жойига, таркалишига, интенсивлигига, характерида, давомийлигига ва юзага келиш вакти ҳамда пасайишига эътибор берилади. Ошкозонга хос булган огриклардан ичакка хос булган огриклар куйидаги белгилар билан фарк килади: овкат кабул килиш вактига катъий боглик булмаслиги (факатгина транс-верзитдан ташкари холатларда), огрикларни дефекация акти билан катъий богликлиги, яъни огриклар ичаклар бушалгунгача, бушалаётган вақтда ёки бушалгандан кейин кучаяди, дефекация актидан кейин ёки газлар чиккандан кейин огриклар камаяди. Ичакка хос булган огриклар характерида кура симиллаб огрувчи ва санчикли (ичак санчиги) булиши мумкин. Ичак санчиклари киска, кайта такрорланувчи булиб, тусатдан бирданига юзага келади ва бартараф булади. Огриклар асосан киндик атрофида жойлашган булиб, узини жойини ва характерини тез узгартириши билан ажралиб туради. Симилловчи огриклар баъзан тургун характерга эга булиб, йуталганда, айникса кучаяди. Бу холат яллигланиш ичак туткичига ёки корин пардасига утганлигидан далолат бериб, ичак касалликларини учун нихоятда характерли булиб, корин девори мушакларини махаллий химояланиши (defense musculaire) билан кечади.

Огрикларни жойлашган жойини аниклаш маълум даражада диагностик аҳамиятга эга: унг ёнбош сохада жойлашган огриклар аппендицитда, куричак ракида, ичак туберкулёзида кузатилади. Кориннинг чап пастки кисмидаги уткир огриклар ичак тутилишларида, сигмасимон ичак яллигланишида учрайди. Киндик атрофидаги огриклар ингичка ичаклар яллигланишида, чамбар ичак ракида кузатилади. Ораликда жойлашган ва ичаклар бушалишида кучаядиган огриклар тугри ичак касалликларида, тугри ичак ракида аникланади. Йугон ичакни талок бурчаги кисмидаги яллигланишлар кукрак кафасини чап кисмига таркалиб, гуёки стенокардияга хос булган хуружларни эслатади; аппендикуляр огрикларда эса унг оёкка узатилади. Йугон ичакни чап кисмидаги уткир огриклар думгаза сохасига таркалади. Ичакларни бушалиши, газ чикиши, спазмолитиклар ёки иссиқни куллаш огрикларни камайтиради ёки бутунлай бартараф килади.

Механизми. Ичак огрикларининг асосида ичак мотор функциясини ва ичак уткузувчанлигини бузилиши ётади. Купчилик огриклар ичак девори силлик мушакларини кискариши билан (спастик огриклар) ёки ичак деворини тарангланиши билан (дистензион огриклар) боглик булади. Аксарият холларда ҳар иккала механизм кушилиб келади.

Спастик огрикларга ичакларни спастик кискаришларга мойиллиги (вегетоневроз) ёки ичакни узидан юзага келадиган таъсиротлар туфайли силлик мушакларни тонусини ошиши асосий сабаб була олади (энтерит, колит, ичак усмалари).

Дистензион огрикларга ичакда йигилиб қолган газларни ичак деворини ва ичак туткичини тарангланишига олиб келиши сабаб булади. Бу хилдаги огриклар спастик огриклардан қуйидаги белгилар билан фарқ қилади:

1. даврий ҳолатда юзага келишни характерли эмаслиги, яъни бу огриклар узок ва давомли
2. аниқ локализацияга эга эканлиги.

Ичак тутилишидаги огриклар санчиксимон булиб, баъзан доимий характерга ҳам эга булади. Асосан бу хилдаги огриклар ичак перистальтикасини кучайиши билан боглик булиб, киндик атрофида ва йугон ичак бўйлаб жойлашади.

Аппендикуляр санчикдаги огриклар дастлаб эпигастрал соҳада ва киндик атрофида жойлашган булиб, бир неча соатлардан кейин унғ ёнбош соҳасига қучиб огрик интенсивлиги ошиб боради. Аксарият холларда бу хилдаги огриклар тугридан-тугри унғ ёнбош соҳасида жойлашади.

Тугри ичакка хос бўлган санчиклар (тенезмлар) тугри ичак мушаги ва сфинктерни кискариши натижасида юзага келиб, тез-тез огрикли ҳолатга чақиришлар билан характерланади. Аслида ичак бушалиши қузатилмайди, баъзида томчи қуринишади шиллик ажралиши мумкин. Тенезмлар дизентерияда, ичакни ярали яллигланишларида, тугри ичак ракида қузатилади. Ичак бушалишидан олдинги огриклар аксарият холларда тушувчи чамбар ичак ёки сигмасимон ичак яллигланганда, ичак бушалаётгандаги огриклар эса геморройда, тугри ичак ракида ва тугри ичак ёрикларида қузатилади.

Метеоризм (meteorism) – кориннинг дам булиши, корин тарангланиши ва кориннинг катталаниши билан характерланадиган белги. Сабабларига қуйидагилар қиради:

- ичакларда қуп микдорда газнинг ҳосил булиши (овқат рациониди дуккакли маҳсулотларни қуп ишлатилиши)
- ичак девори тонусини пасайиши натижасида ичакларни мотор функциясини бузилиши
- ичакда нормал микдорда газ ҳосил бўлгани ҳолда ичак девори орқали газларни сурилишини бузилиши
- аэрофагия – қуп микдорда хавони ютиш, кейинчалик унинг ичакларга утиши
- истерик метеоризм – хомиладорликни охириги ҳафталарида қузатилади.

Беморда анамнез тупланар экан, ичак функциясини хам суруштириб билиш муҳим. Бундай касалларда купинча ич равон юрмайди: ич кетишга (кислота йук булган пайтда) ёки ич котишига (кислота ортикча булганида) мойиллик курилади; купинча ичаклар дам булиб турилади. Беморларда овкатланиш тартиби, овкатни характер ива сифати тугрисида хам сураб-суриштирилади.

Ич котиш (*obstipatio*) – бу термин остида ичакларда ахлат массаларини узок вақт (48 соатдан ортик) ушланиб турилиши тушунилади. Бирок ич котиш ҳолати нисбий тушунча булиб, аксарият ҳолларда патологик ҳолатдан эмас, балки овкатланиш режими ва турмуш тарзига боғлиқ равишда узғариб туради. Овкат рационидида усимлик махсулотларини нисбатан купрок ишлатилиши суткасига 2-3 марта ахлатни ажралишига сабаб булади; аксинча рациондида гуштли махсулотларнинг устунлик килиш ахлатни кам ажралишига олиб келади. Харакатни чегараланган булиши, оч юриш, ичакларни турли пайтда бушалиши ичак бушалиши орасидаги вақтни узайтиради. Ичакларни бушалишидаги етакчи омил ичакни мотор функцияси булиб ҳисобланади.

Ич котишлар функционал ва органик турларга булинади: функционал ич котишлар куйидаги ҳолатларда кузатилади:

- алиментар омиллар таъсирида – овкат рационидида енгил хазм булув-чи махсулотларни куп истеъмол килиниши;
- невrogen омиллар (дискинетик ич котишлар) – корин бушлиги аъзоларидаги патологик жараёнлардан ичак харакатига рефлектор таъсирларни булиши (ут пуфагидан, тухумдонлардан, простата безидан);
- токсик омиллар – морфин, кокоин, кургошиндан экзоген захарланишларда;
- эндокрин омиллар – калконсимон без гипофункциясида;
- гипоадинамия ҳолатлари – харакатни чегараланган булиши;
- корин прессиини етарлича шаклланмаганлиги.

Органик ич котишлар асосан ичак бушлигидаги механик тусиклар (усма, чандик, чатишма) таъсирида ичак бушлигининг торайиши, шунингдек, ичак аномалиялари (мегаколон, долихосигма, мегасигма, дивертикулёз) да кузатилади.

Беморларда ич котиш аломатлари кузатилганда уларга куйидаги кушимча саволлар билан мурожаат килинади:

- сизда ахлат утиши (сони, микдори) нормадами?
- дефекация вақтида сизда зурикиш аломатлари кузатиладими?
- канча вақтдан бери сизни ич котиш безовта килади?
- сизда ич котиш корин дам булиши, коринда огрик, кунгил айниш ёки кушиш билан кечадами?
- сизда ахлат утиши шариклар (куй кумалогии) куринишини эслатмайдими?
- сиздаги ич котишлар ич кетишлар билан алмашинмайдими?
- ич котишига сабаб буладиган бирор бир дори моддасини кабул килмайсизми (коидин, опеатлар)?

Ич кетиш (diareya) – ичак касалликларида етакчи белгилардан бири булиб хисобланади. Асосан ичакларни уткир ва сурункали инфекцияларида (интеритлар, интероколитлар, сигмоидит, проктит), турли хил экзоген (мишьяк, симоб) ва эндоген (уремия, диабет, подагра) захарланишларда, эндокрин бузилишларда (тиреотоксикоз, буйрак усти бези дисфункцияси), шунингдек, баъзи овкат махсулотларига сезгирлик ошганда кузатилади.

Механизми. 1- ичак моторикасини кучайиши натижасида ичакларда химусни ҳаракатини тезлашиши ва деярли хазм булмаган овкат массаларини ажралиши;

2- хазм булган овкат массаларини ичак девори оркали сурилишини бузилиши. Ичак деворидаги жарохатлар, сурилишнинг бузилиши, ични сурувчи дориларни қабул қилиш, сув алмашинувини кескин издан чиқиши ич кетишига сабаб бўлади;

3- ичак деворидаги яллигланиш жараёнлари натижасида ичак бушлигига куп микдорда яллигланиш экссудатини ажралиб чиқиши; бу ҳолат бир томондан ичак девори рецепторларини кузгатиб ичак перистальтикасини кучайтирса, иккинчи томондан сурилишнинг бузилишига сабаб бўлади;

Шунингдек, ич қотишдан кейинги ич кетиш деган тушунча ҳам фаркланади. Бунда ичакда тупланиб қолган ахлат массаларини ичак деворини механик таъсирлаши натижасида ичак перистальтикаси кучаяди.

Ич кетишини юзага келишида ичакдаги бижгитувчи ва чиритувчи жараёнлар уртасидаги мувозанатни бузилиши ҳам маълум даражада ушбу таъсирини курсатади. Агар ичак бушлигида бижгитувчи жараёнлар устунлик қилса, ичак бушлигида куп микдорда газ ҳосил бўлиб, қоринни дам бўлишига олиб келади. Бу ҳолат овкат рационидан углеводлар, крахмал, усимлик клетчаткаси куп истеъмол қилинганда кузатилади.

Ошқозонни секретор фаолияти етишмаган ҳолатларда ичакларда бижгитувчи жараёнлар устунлик қилади. Ошқозон ширасини бактерицид таъсирини етарлича бўлмаслиги овкат массаларини ошқозондан ичакларга утишини тезлаштиради. Бу ҳолат оксилларни хазм бўлишини издан чиқаради. Бунда ахлат массалари қорамтир рангда, суюқ, ишқорий реакцияли, хазм булмаган овкат массалари нихоятда қуланса хид билан ажралади. Бундай ахлат микроскопик текширилганда таркибида хазм булмаган ёғ (стеатория), мушак толалари (креатория), углеводлар (амелория) кузатилади.

Йугон ичка хос булган яллигланиш жараёнларида ич кетиш ҳолатлари унчалик куп эмас ва беморни умумий аҳволига деярли таъсир курсатмайди. Ингичка ичакда кечаётган яллигланиш жараёнларида эса куп микдорда ич кетишлар ичак фаолиятини бузилиши билан биргаликда беморни умумий аҳволига кескин таъсир қилади (оксиллар, ёғлар, витаминлар, электролитлар сурилишининг бузилиши).

Диарея билан кечадиган ҳолатларда қуйидаги қушимча саволлар ёрдамида унинг характерини аниқлаб олиш диагностика учун қулайлик яратади:
- сиз учун ахлат ажралишини нормал қуриниши қандай?

- бир кунда неча марта ахлат ажралади?
- қачондан бошлаб сизни диарея безовта килади?
- тунда ичакларни бушатиш учун уйкудан уйғонасизми?
- ахлатингизни ранги ва консистенцияси қандай?
- ахлат таркибида қон ёки шиллик ажраладими?
- сиздаги диарея қунгил айнаш, қусиш, қоринда оғрик ёки вазнининг камайиши билан кечади?
- сурғи дориларини қўл қабул қиласизми?
- антибиотиклар қабул қилганмисиз?

Ичаклардан қон кетиши (*melaena*) – ҳазм трактидаги ярали яллиғланиш жараёнларида қўзатилади. Шунингдек, ичак усма касалликларида, гельментозларда, уткир юқумли касалликларда (қорин тифи, дизентерия) ярали носпецифик қолитда, ичак тутқич томирлари тромбозидида қўзатилади.

Анамнезда овқатланиш шароитларини аниқлашга алоҳида аҳамият бериш керак. Одат бўлиб қолган овқатланиш тартибини билиб олиш зарур (масалан, овқатнинг қўл вақт оралиғи қабул қилиниши), чунки номунтазам равишда овқатланиш меъда – ичак касалликлари этиологиясида муҳим омиллардан бири ҳисобланади. Бир мартада қабул қилинадиган овқат миқдорини, таркибини аниқлаш мумкин. Шошилишча чайнаш, бемор уй шароитида ёки қўча шароитида овқатлангани, қўруқ овқат ёб юрганми, булар ҳам аниқланади. Утмишда бошдан кечирилган баъзи касалликлар, асосан меъда ва ичакларнинг такрорий яллиғланиш ҳолатлари, овқатланишдан захарланишлар алкоголизм, чекиш, меъдани таъсирлантирувчи дориларни узок вақт қабул қилиш, ноқўлай меҳнат шароитлари (қўргошин, симоб) ни эътиборга олиш керак.

Қўздан кечириш

Беморларни умумий қўздан кечиришда ниҳоятда озиб кетиш ҳолатлари (кахексия), қўл миқдорда оксилни чиқиб кетиши организмда сув ва тузнинг тутилиб қолиши натижасида шишлар қўзга ташланади. Тери қопламлари оқимтир, қўруқ, шиллик пардалар оч пушти рангда бўлади. Перитонит ёки ичак тутилишларида «Гиппократ юзи» (*facies abdominalis*) муҳим аҳамиятга эга бўлган белги бўлиб ҳисобланади. Оғиз бўшлиғидаги узғариш-ларга юқорида тўхталиб ўтдик.

Маҳаллий қўздан кечириш. Қоринни маҳаллий қўздан кечирганда қўйидаги белгиларга эътибор берилади:

- Қориннинг шаклига. Нормида қорин қўв усти соҳасида биров буртиброк туради. Қорин шаклини бир хилда ёки чегараланган узғаришига эътибор берилади.

- Қориннинг олдинги деворидаги стрия ва қандикларга эътибор берилади. Стрия – бу терининг тортилиши натижасида ҳосил бўлган оқ доғлар (қўмиладорлик доғлари).

- Корин деворидаги тери ости веналарининг ҳолати (кенгайганлиги) аниқланади.
- Киндик халқаси ва кориннинг оқ чизиги бўйлаб чурралар мавжудлиги урганилади.
- Нафас актида кориннинг иштирок килишига эътибор берилади.
- Коринни бир текисда катталашиши куйидаги ҳолатларда кузатилади: гиперстеникларда, семиз кишиларда, метеоризмда, корин бушлигида эркин ҳолда суюқлик тупланганда.

Пальпация

Ичакларни пайпаслаб куришда коринни чуқур, услубий, сирпанувчи пальпация усулидан фойдаланилади. Бу усулнинг моҳияти, утказиш коидалари тугрисида юқорида тухталиб утган эдик. Куйида эса айнан ичакларни пайпаслаб куришни техникаси устида тухталамиз. Ахлатни паталогик тузилма деб уйламаслик учун ичаклар тулик бушатиладан кейин пальпация килиш зарур. Дастлаб юзаки пальпация утказилади. Бу усулда корин деворларининг таранглиги, чурра тешик-лари, корин девори мушакларининг ҳолати, пайпаслаганда кориннинг бирор қисмидаги огрикли ва безиллаб турган сохалар, корин бушлигидаги тери ости хосилалари аниқланади.

Коринни чуқур услубий пальпацияси (Образцов, Стражеско усули бўйича). Корин аъзоларини пайпаслаб куришда Образцов В.П. 2 марта аниқлаб куриш принципага риоя килишни афзал деб ҳисоблайди. Масалан, чамбар ичакни терминал қисми эканлигига ишонч килиш учун куричакни ҳам пайпаслаб топиш; Ошқозонни пастки киррасини пайпаслаш учун перкуссия усули ёки пальпатор перкуссия усулидан фойланишни таклиф қилади. Пайпаслаш давомида коринни нафас ҳаракатларига мос равишда энг қулай ва осон пайпасланувчи аъзодан қийин ва кам пайпасланувчи аъзога қараб пальпация қилиб борилади. Амалиётда куйидаги кетма-кетликка риоя қилинади: сигмасимон ичак, куричак усимтаси билан, чамбар ичакни терминал қисми, кутарилувчи ва тушувчи чамбар ичак, ошқозон ва унинг қисмлари, кундаланг чамбар ичак, жигар, талок, 12 бармоқли ичак, ошқозон ости беzi ва бўйраклар.

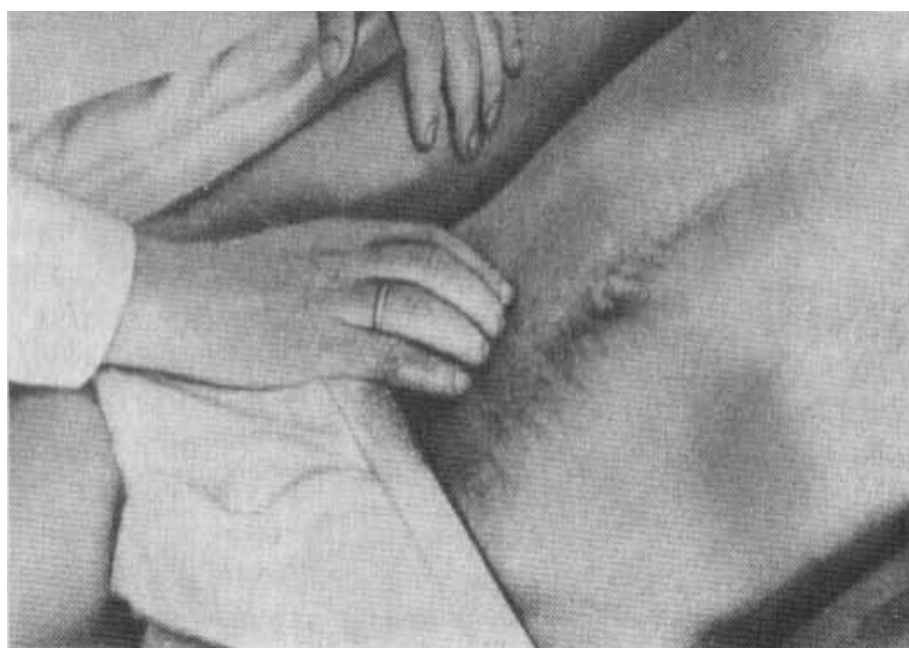
Пальпацияни бажариш техникаси (пальпацияни бажариш техникаси ва коидалари ошқозонни текшириш бўлимида келтирилган).

Сигмасимон ичакни пайпаслаш (36-расм). Пайпаслаб куриш чапдан ичкаридан ва юқоридан унгдан, пастга ва ташқарига, киндикни ёнбош суяқни олдинги юқори қисми кирраси (*linea umbilico-iliacea*) билан туташтирувчи чизикнинг урта ва ташқи 1/3 қисмга перпендикуляр равишда олиб борилади. Пальпация ҳар иккала қулнинг ёки унг қулнинг енгилгина буқилган 4 та бармоқлари ёрдамида олиб борилади; бармоқлар ичак деворига нисбатан параллел қуйилиб, кориннинг орқа деворига қараб чуқур ботирилади, юқорига ва пастга қараб енгил сирпанувчи ҳаракат бажарилади. Бу ҳолатда ичак бармоқлар остида сирпанади, бармоқлар ичакни деворини, юзасини, контурларини пай-

паслайди. Нормада сигмасимон ичак 90-95% холларда пайпасланади. Семиз кишиларда корин дам булган холатлард пайпасланмайди. Соглом кишиларда бош бармок ёки курсаткич бармок калинлигида 20-25 см. гача булган холати кулга уннайди. Юзаси силлик, консистенцияси каттикрок, огриксиз, харакатчанлиги 3-5 см атрофида. Паталогик холларда сигмасимон ичак пасайлаб курилар экан, деворининг гадир-будирлигига, безиллаб турганлигига, калин тортганлигига эътибор берилади; ичак тортмалар билан тортилиб колган булиши мумкин; газ ва суюклик тупланганда гулдираш, чайкалиш эшитилиши ва ичакнинг дам булганлигидан далолат беради.



36-расм. Сигмасимон ичакни пальпация килиш



37 – расм. Куричакни пальпация килиш.

Куричакни пайпаслаш (37-расм). Куричак унгдан *linea umbilico-iliace*нинг урта ва ташки $\frac{1}{3}$ қисми соҳасида (ёнбош суякдан 5 см медиал томонда) жойлашган. Шунинг учун уни пайпаслаб куриш Ушбу линияга параллел олиб борилади. Пайпаслаш давомида нафакат куричакни, балки кутарилувчи чамбар ичакни 10-12 см.гача булган қисми ҳам кулга уннайди. Бу қисм амалиётда «typhlon» номини олган. Нормада куричак 80-85% хол-ларда пастки қисми кенгайган цилиндр куринишида кулга огриксиз уннайди, ҳаракатчанлиги 2-3 см атрофида. Эркакларда куричакни пастки қирраси юкоридаги линиядан 0,5 см юкорида, аёлларда эса 1-1,5 см пастда жойлашган. Ичак туткич тугма узун булса, куричак анча ҳаракатчан булади (соесит мобиле). Аксинча яллигланиш натижасида ичак кузгалувчанлигини йукотади. Паталогик шароитларда куричак думбок-думбок куринишида кулга уннаши мумкин (рак, сил). Ялигланганда у безиллаб қолади, газлар билан тулиб кетади, гулдираб туради.

Ёнбош ичак ва аппендикуляр усимтани пайпаслаш. Куричак пайпасланиб булгандан кейин пальпация усулини янада давом эттирилса, 80-85% холларда ёнбош ичакни 15-20 см атрофидаги қисми ҳам кулга уннайди. Бу қисм кичик чанокдан чапдан ва пастдан юкорига қараб кутарилади ва йугон ичакни терминал қисми (*ileum terminale*) га кушилади. Йугон ичакнинг бу қисми пастдан чапдан юкорига ва унга қараб йуналган, шунинг учун пайпаслаб куриш деярли *linea umbilico-iliacea*га параллел олиб борилади. Нормада йугон ичакнинг терминал қисми унг ёнбош соҳасининг чуқурлигида калинлиги жимжилोक бармок катталигидаги юмшок, цилиндр куринишида кулга уннайди. Сирпанувчи ҳаракат қилаётганда ичакни перистальтика ҳаракати ҳам бармоқларга сезилади. Аппендикуляр усимта эса ёнбош ичакни терминал қисмидан озгина юкорирокда ёки пастрокда аникланади (20-25% холларда). Баъзи холларда ичак туткичи ёки лимфа томирлар тутами усимтани эслатиши мумкин. Чувалчангсимон усимтани пайпаслашни кийинлиги яна шу билан изоҳланадики, турли хил одамларда унинг жойлашиши турлича булади. Чувалчангсимон усимта ингичка ичаклар ва куричак билан бекилиб қолмаган булса, жуда ингичка, силлик, огримайдиган ва яхши кузгалиб турадиган найча куринишида кулга уннаши мумкин. Хар холда усимтанинг жуда кам кулга уннашини ва пальпация қилиш натижаларининг турли мутахассисларда хар хил чиқишини айтиш керак. Чувалчангсимон усимтани пайпаслаш учун аввало куричакни чувалчангсимон усимта ётадиган *m. Psoas*ни топиш керак (мускулни пайпаслаш учун касал чузилган унг оёгини кутариши керак). Росмана аникланадиган куричакдан ташқари, унга такалиб турадиган, одатда калинлиги ҳаракатчан найча шаклидан ёнбош ичак қисми ҳам кулга уннаган такдирдагина, пальпация қилинаётган тортмани усимта деб ҳисоблаш мумкинлигини назарда тутиш керак. Ингичка ичакнинг шу қисми кичик чанокдан кур ичакка келар экан, юкоридан пастга ва чапдан унга қараб пайпасланади. Ингичка ичакнинг бошка булимлари, алоҳида паталогик холларни, (масалан, усмалар ва бошкаларни) ҳисобга олмаганда, пальпация кулга уннамайди.

Чамбар ичакни пайпаслаш (38-расм). Кутарилувчи ва тушувчи чамбар ичакни пайпаслашда бимануал пальпация усулидан фойдаланилади: чап кулнинг кафти дастлаб белнинг чап, кейин унг кисмларига куйилади, унг кул бармоклари ичакни йуналишига перпендикуляр равишда корин бушлигидан чап кул билан якинлашгунга қадар чуқур кириб борилади ва сирпанувчи ҳаракат қилинади.



38 – расм. Кундаланг чамбар ичакни пальпация қилиш



39-расм. Тушувчи чамбар ичакни пальпация қилиш.

Чамбар ичакни кундаланг кисмини пайпаслаш (39-расм) битта ёки иккита кулнинг букилган бармоклари ёрдамида (мона ёки билмонуал пальпация) бажарилади. Colon transversum корин бушлигида жойлашуви турлича булганлиги сабабли пайпаслаб куришда дастлаб «Образцовнинг перкутор пальпация» усули ёрдамида ошкозонни пастки чегараси аникланади, бу чегарадан 2-3 см пастга тушиб кундаланг чамбар ичак пайпаслаб курилади. Пальпация куйидагича бажарилади: унг кул ёки хар иккала кулни букилган бармокларини кориннинг ок чизиги ён томонларига куйилади, тери бирмунча юкорига сурилади. Шу холатда нафас чикариш фазасида кориннинг орка девори билан максимал якинлашгунга кадар бармоklar корин бушлигига чукур кириб борилади. Кориннинг орка деворига якинлашгач, пастга караб сирпанувчи харакат килинади. Нормада чамбар ичак кундаланг цилиндр куринишида, ёйсимон, уртача каттикликда, калинлиги 2-2,5 см атрофида, огриксиз, енгил харакатланади. Агар курсатилган жойда ичак пайпасланмаса, юкоридаги коида асосида корин бушлигининг пастки ва ёнбош сохалари пайпаслаб курилади. Соғлом кишиларда 60-70% холларда пайпасланади. Кундаланг ичакнинг олган холати куп даражада узгариб туради. Баъзи холларда у жигар бурчагидан талок бурчагига караб кундаланг булиб утади ва маркази сал пастга очилиб туради; бошка холларда бу ичак анча паст – кичик чанокка тушган булади; баъзида у баланд жойлашган талок бурчагида диагонал буйлаб боради.

Пайпаслаб курилаётган ичакнинг холати ичакдаги суюкликнинг физик хоссалари боглик: суюклик нечоғли куюк булса, ичак хам шунча каттик булиб кулга уннайди, лекин спастик равишда кискариб турган буш ичак хам катта тортмага ухшаган булади. Газлар билан тулиб кетган ичак юмшок булиб туюлади. Ичак торай-ганда торайган жойнинг юкорисида шишган кисми кулга уннайди, шу билан бирга кулдирайдиган перистальтика аникланади. Усмалар гадир-будир ёки каттик конгломератлар булиб кулга уннайди.

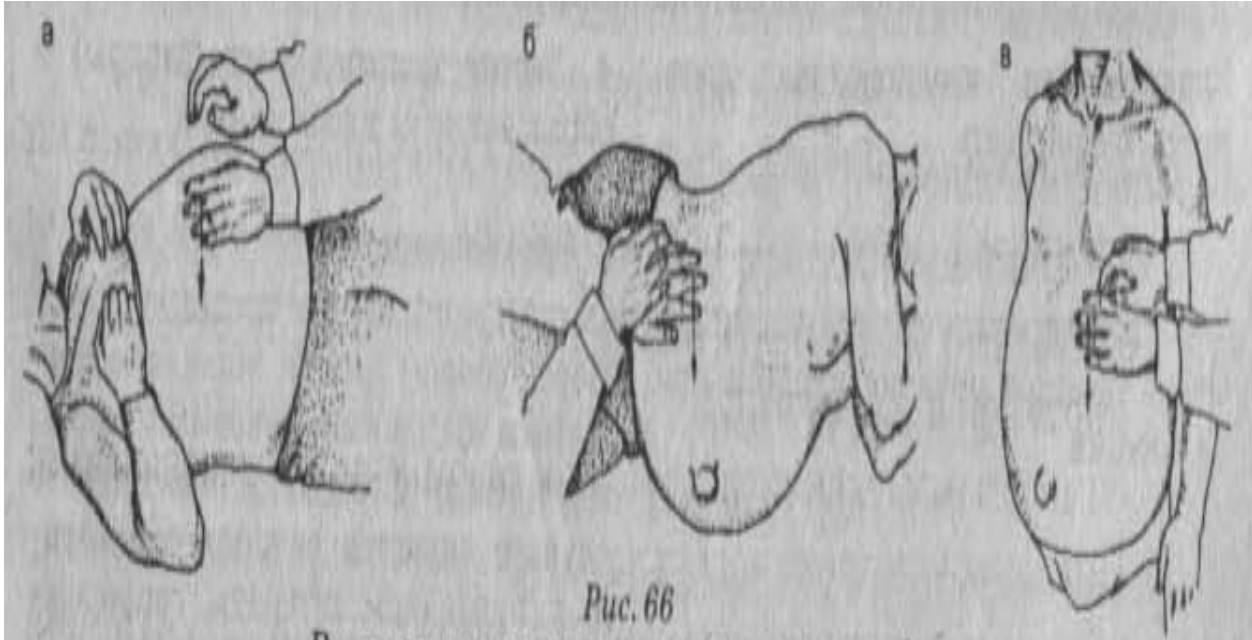
Тугри ичак курсаткич бармок воситаси билан пайпаслаб курилади. Курсаткич бармок олдин ег еки вазелин суркалиб, орка тешик оркали тугри ичакка киритилади (per rectum). Шу йул билан тугри ичакка геморроидал тугунлар, рак усмалари борлиги аникланади, шунингдек тугри ичак билан чегараланадиган тузилмаларни (бачадон, тухумдонлар. Корин бушлигидаги инфилтратларни) пайпаслаб курилади.

Ичакни пальпация килиш ичак йулида огрийдиган сохалар ёки нукталар бор йуклигига хам белгилашга имкон беради.

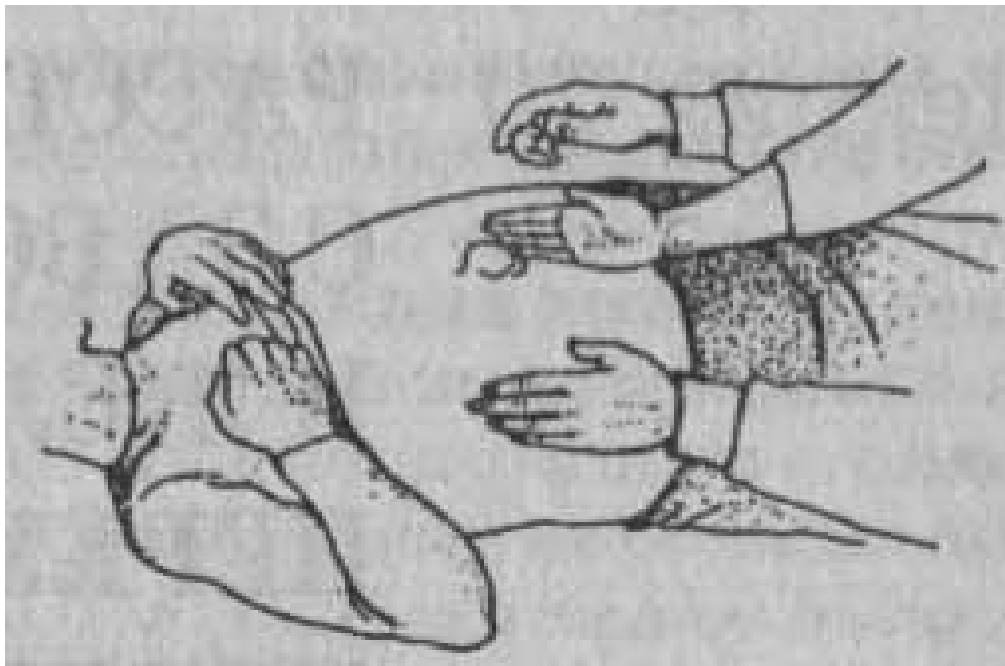
Перкуссия

Корин бушлиги аъзолари касалликларида перкуссия усули нисбатан кам маълумотлар беради. Нормада ичаклар устида тимпаник товуш турли даражадаги бугикликлар билан учрайди. Перкутор товушнинг тембри ичакларда йигилган суюкликка ва хосил булган газнинг микдорига боглик. Асосан пер-

куссия усули ёрдамида бемор горизонтал (унг ва чап ёнбош сохаларга) ва вертикал ҳолатида корин бушлигида йигилган эркин суюкликнинг жойлашган жойини аниклаш мумкин (40-ва 41-расм).



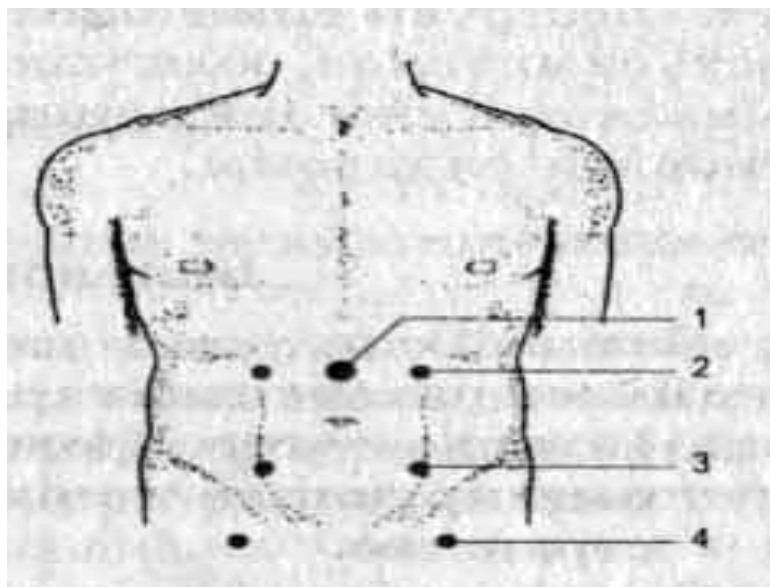
40 – расм. Корин бушлигидаги асцитни перкуссия усули ёрдамида аниклаш: а. горизонтал (чалканча) ҳолатда, б. ён-бош томонга ётганда, в. вертикал ҳолатда



41 – расм. Перкуссия усули ёрдамида флюктуация симптомини аниклаш

Аускультация

Аускультация усули ичакларни мотор функциясини аниклаш имконини беради. Ошкозонда хазм булиш жараёнида ва химусни ингичка ичак буйлаб ҳаракатланишида даврий куринишдаги ичак гулдирашини эшитиш мумкин. Овкат қабул қилгандан 5-7 соатдан кейин қуричакда ичак шовқинларини ритмик ҳаракатини эшитиш мумкин. Механик ичак тутилишида перистальтика ҳаракатлари йирик тулқинли булиб, товуши баланд эшитилади. Ошкозон яраси тешилганда эса ичакларни параличи туфайли қоринда перистальтика ҳаракатлари қузатилмайди. Фибринозли перитонитда нафас ҳаракатлари пайтида қорин пардасининг ишқаланиш шовқини эшитилади (расм 42).



42 – расм. Қорин аускультацияси: 1. аорта, 2. буйрак артерияси, 3. ён-бош артерияси, 4. сон артерияси

Куйидаги жадвалда коринни пайпаслаб куриш натижасида олинган маълумотларнинг клиник интерпретацияси келтирилган

1- жадвал

Коринни пайпаслаш натижаларини таҳлил қилиш

Чуқур пальпацияда аниқланган белгилар	Клиник аҳамияти
Ичак девори каттиклашган, резистентлиги ошган, огрикли ҳолат	Ичакларда яллигланиш борлиги (перивисцерит)
Пайпаслаб курилганда ичак ҳаракатининг чегараланган бўлиши	1. Яллигланиш натижасида ичак ва кориннинг орқа девори уртасида чатишмаларнинг бўлиши (перивисцерит). 2. Ичак усмалари чатишмалар билан
Ичак диаметрини камайиши, консистенциясини каттиклашуви ва огрикли бўлиши	Яллигланиш фонида ичак силли мушакларининг спазми
Ичак диаметрини катталашуви, консистенциясини юмшоклашуви, ичак деворини таранглилигини пасайиши	Ичак атониялари
Ичак диаметрини катталашуви, консистенциясини юмшок бўлиши, ичак деворини тарангланиши билан	Атония фонида ичакларда кун микдорида газнинг тупланиши
Гадир-будирлилик, ногомоген масса ни бўлиши	1. Ахлат массаларини туриб қолиши (ич котишлар) ва ахлат тошларини ҳосил бўлиши 2. Ичак усмалари
Пайпаслашда кучли гулдираш ва чайкалиш сатхини бўлиши	Ичакларни хаддан ташқари тулишиши (суюқ ахлат массалари, кон) ёки газ тупланиши; аксарият ҳолларда интеритлар учун хос.

ЖИГАР ВА УТ ЙУЛЛАРИ

Шикоятлар

Жигар ва ут йулларидаги патологик жараёнлар, уларнинг мураккаб функционал ҳолатидан келиб чикиб, турли хил (ранг-баранг) клиник манзарани юзага келтиради. Шунинг учун беморларни клиник текширишда аникланадиган белгилар диагностикасини енгиллаштириш мақсадида синдромлар қуринишида урганишни лозим топдик.

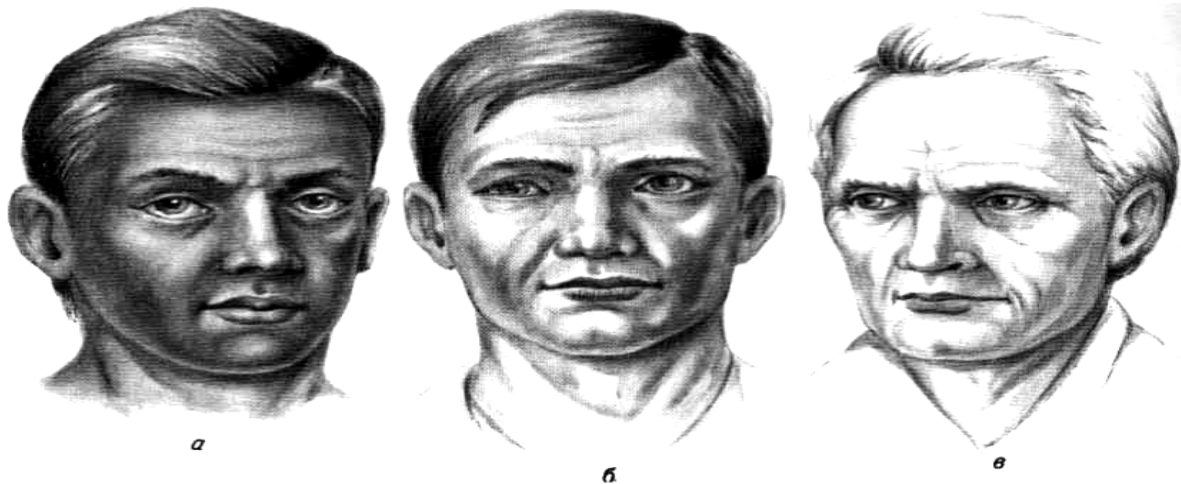
1. Огрик синдроми – юзага чакирувчи сабабларга кура турли хил характерга бўлади:

а. унг ковурга остидаги симилловчи, давомли, унг кулга, унг курак остига, кураклараро сохага таркалувчи огриклар жигарни катталашиши натижасида глиссон капсуласини таранглашиши билан боглик бўлади. Огрикларни юзага келиши орқа мия сегментларидан чикувчи ва буйин, елка сохасидаги сезувчи нерв толалари ҳамда жигар, жигардан ташқари ут йулларини иннервацияловчи диафрагмал нервнинг сезгирлигини ошиши натижасида келиб чиқади. Бундай огриклар юрганда, чуқур нафас олганда, тана вазиятини узгартирганда кучаяди (сурункали холецистит, перигепатит, перихолецистит).

б. Хуружли огриклар (ут ёки жигар санчиги) – бундай огриклар тусатдан юзага келади, бир неча минутда максимал кучайиб, баъзан чидаб бўлмайдиган даражага етади. Дастлаб улар унг ковурга остида чегараланган сохада жойлашиб, кейинчалик корин бушлигига, юкорига, унгга ва орқага таркалади. Огрикларнинг давомийлиги бир неча соатдан бир неча кунгача кузатилади, тусатдан якунланади. Хуружсимон огриклар ут тош касаллигида, ут йуллари ва ут пуфагини гипермотор дискинезияларида учрайди. Огрикларнинг юзага келишига ут йуллари ёки ут пуфаги девори силлик мушакларини тусатдан кискариши ёки ут пуфаги деворини кескин тарангланиши сабаб бўлади (ут йулларига тош тикилганда). Объектив куздан кечирганда бундай беморларда мусбат френикус симптоми (унгдан m. Sternocleidomastoideus оёкчалари орасига босиб қурилганда унг ковурга остига огрикни булиши), Мерфи симптоми (нафас олганда бош бармок билан унг ковурга остига босиб қурилган огрикни булиши), Ортнер симптоми (унг ковурга ёйи устига унг кул кафт кирралари билан уриб қурилганда ковурга остида огрикни булиши), Захарьин – Гед сохалари (VIII-IX кукрак умурткалари) да огрикни булиши кузатилади.

в. Ут йуллари дискинезияларида юзага келувчи симилловчи огриклар адашган нерв тонусининг ошиши натижасида Одди сфинктерини бушалиши ва ут пуфаги, ут йулларини кискариши уртасидаги мутаносибликни бузилишидан келиб чиқади. Бошқа огриклардан фарк қилиб, бу хилдаги огрикларда яллигланиш белгилари кузатилмайди.

Сариклик синдроми (icterus, icteria, subicteria) – конда ва тукималарда ут пигментларини йигилиб колиши натижасида тери копламлари ва шиллик пардалар сарик ёки саргимтир тусга киради (43-расм).



43 – расм. Сарикликнинг турли куринишлари: а. механик, б. паренхиматоз, в. гемолитик

Сариклик беморга сезилмаган холда аста-секинлик билан ёки тусатдан юзага келиши мумкин. Сарикликни даражалари табиий ёруглик таъсирида визуал аникланади. Хакикий сариклик сохта сарикликдан фарк килиб, шиллик пардалардан бошланади. Сохта сариклик эса баъзи дори моддаларини (акрихин, этакридин,) кабул килганда буёклар (пикрин кислотаси) билан ишлаганда, овкат таркибида сабзи (коротинэмия), апельсин (аурентиаз) куп истеъмол килинганда юзага келиб шиллик пардалардан эмас, балки оёк, кул, кафт терисидан бошланади. Конда билирубин алмашинувининг бузилишига кура сарикликнинг куйидаги турлари тафовут килинади:

- Жигар усти (гемолитик) сариклиги
- Жигар ичи (паренхиматоз) сариклиги
- Жигар ости (механик, обтурацияли) сариклиги

Нормада соглом кишиларда билирубин алмашинуви: билирубин ретикулоэндотелиал тизимда гемоглобиннинг парчаланиши натижасида унинг гем кисмидан хосил булади, глобин кисми эса гемоглобин синтезида иштирок килади. Хосил булган билирубин эркин ёки боғланмаган билирубин деб номланади, чунки у кондаги альбумин билан мустахкам булмаган боғланиш хосил килиб, жигар хужайраларига етиб келади (хужайраларни билирубинни тутиб олиш боскичи). Соглом жигар хужайралари билиру-

биннинг бу фракциясини глюкуронил трансфераза ферменти таъсирида глюкурон кислотаси билан боғлайди (конъюгация босқичи). Натижада сувда эрувчи билирубин глюкуронид – боғланган (Ван ден Берг реактиви билан тугридан-тугри реакция берувчи, сийдик билан ажралувчи) билирубин ҳосил бўлади (секреция қилиш босқичи). Ҳосил бўлган билирубин ут суюқлиги таркибида ичакларга тушади (эксекреция қилиш босқичи), бир қисми ахлатга ранг бериб стеркобилин қуринишида ажралади, унинг юклари геморраидал веноз томирлар орқали катта қон айланиш доирасига тушиб, буйраклар орқали сийдикка ранг бериб, ажралади. Бир қисми ичак девори орқали сурилиб, дарвоза венаси таркибидаги қон билан яна қайта жигар хужайрасига тушади (уробилин таначалари). Соғлом жигар хужайралари уробилиноидларни охириги махсулотларигача парчалайди. Шунинг учун уробилиноидларнинг қонда ёки сийдикда пайдо бўлиши жигар етишмовчилигининг дастлабки белгиларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Гемолитик сариклик эритроцитларни ортиқча парчаланиши натижа-сида юзага келади. Бундай ҳолатда жигар хужайралари билирубинни алма-шинувини бошқаришни таъминлай олмайди, яъни глюкурон кислота билан конъюгация қилишга улгура олмайди. Натижада қонда боғланмаган ёки эркин билирубин миқдори ошиб кетади. Билирубинни бу фракцияси осон-гина сувда эриганлиги туфайли буйрак мембранаси орқали ута олади. Натижада сийдик тук сарик рангда, сийдикда уробилин таначалари ошган, ахлат тук рангда (плейохромия), стеркобилин миқдори ошади.

Паренхиматоз сариклик жигар хужайралари шикастланганда юзага келади, яъни жигар хужайралари етишмовчилиги кузатилади. Натижада қонда бир вақтнинг узида боғланмаган ва боғланган билирубин миқдори ошади, сийдик тук ранда, ахлат оқимтир, стеркобилин миқдори камайган.

Механик сарикликда ичакларга ут мутлақо ажралмайди, қонда боғ-ланган билирубин миқдори ошади, сийдикда уробилиноген кузатилмайди, ахлат рангсиз (ахолия). 2-жадвалда сариклик турларини узаро фарқи келтирилган.

Сариклик синдроми юзага келганда беморларда тери қичиши кузати-лади. Бу ҳолат қупинча тунда қучаяди, терида тирнаш излари (экскориа-ция) лар пайдо бўлади. Тери қичиши ут йулларида утнинг димланиши (холестаз) туфайли қонда ут кислоталари миқдорини ортиши ва сезувчи нерв толаларининг таъсирланиши билан изоҳланади. Узок давом этадиган холестаз ксантомалар (оёқ, қул бармоқларида) ва ксантелазмалар (юкориғи ковок соҳасида) холестерин бляшкаларини пайдо бўлишига сабаб бўлади

3. Геморрагик синдром (hemorrhagia) – бу тери қопламларига қон қуйилиш-лар ёки шиллик пардаларга қон қуйилишлар қуринишида кузатилади.

2 -жадвал

Сариклик белгилари учрайдиган хасталикларни кийсий баҳолаш.

Белгилар	Жигар усти сариклиги	Жигар ичи сариклиги	Жигар ости сариклиги
Сабаблари	Томир ичидаги ва хужайра ичидаги гемолиз, аъзолар инфаркти (купинча упка) катта гематомалар	Гепатит, жигар циррози, Жильбер синдроми	Ут-тош касаллиги, дарвоза венаси сохасида усма ёки стриктуралар, ошкозон ости беzi усмаси, Фатер сургичи усмаси
Сариклик ранги	Лимон сариклигида (flavin icterus)	Кизгич сарик рангда (rubin icterus)	Яшилсимон сарик (veridan icterus) ёки корамтиппрок тусда (melas icterus)
Тери кичиши	Кузатилмайди	Камдан-кам холларда	Яккол намоён булган
Жигарнинг улчамлари	Катталашмаган	Катталашган	Баъзан катталашган
Сийдикдаги узгаришлар			
Ранги	Тук рангда	Тук рангда	Тук рангда
Ахлатдаги узгаришлар			
Ранги	Жуда тук рангда (плейохромия)	Кам микдорда рангсизланган	Рангсиз (ахолия)

Механизми. Жигар касалликларида кон плазмаси таркибида ивитувчи факторлар: III (фибриноген)-IV (проакцеллирин)-V (проконвертин)-VII (Са тузлари), витамин К синтезини бузилиши, гиперспленизм туфайли юзага келадиган тромбоцитопения сабабли кузатилади. Булар куйидаги куринишларда булиши мумкин:

- Петехиялар
- Экхимозлар
- Энантемалар
- Милклардан кон кетиш

Жигар етишмовчилиги билан портал гипертензия синдроми кушилиб келганда эса куйидаги куринишда кон кетишлар кузатилади:

- Кизилунгачнинг варикоз кенгайган веналаридан кон кетиш
- Ошкозондан кон кетиш
- Геморроидал тугунлардан кон кетиш

4. Диспепсик синдром – жигар ут йуллари касалликларида кунгил айнаш, кусиш, коринни дам булиши, ич котиши, ич кетиши, кекириш, огизда таъмин узгариши, иштахани пасайиши куринишида намоён булади. Юкоридаги шикоятлар нафакат жигар ва ут йуллари касалликларида, балки хазм трактининг бошка касалликларида ҳам учрайди.

Механизми. Диспепсик бузилишларни юзага келиши жигар ва ут йуллари касалликларида ут секрециясининг бузилиши ва шунга мос равишда ичакларда мода алмашинуви, асосан ёглар алмашинувини издан чикиши, шунингдек жигарнинг антитоксик фаолиятини етишмовчилиги билан изохлади.

5. Портал гипертензия синдроми – жигар паренхимасида кон айданиши бир мунча мураккаб эканлигини тушуниб олиш зарур. Жигар артерияси оркали окиб келаётган артериал кон жигар хужайраларини озиклантиради. Дарвоза венаси оркали окиб келаётган веноз кон эса жигар хужайралари оркали зарарсиз-лантириб утказилади. Жигарнинг морфофункционал бирлиги булиб, жигар булакчаси хисобланади. Бу булакча бириктирувчи тукумали тусик билан уралган булиб, унинг таркибига портал триада киради: жигар артерияси, дарвоза венаси ва ут йули. Нормада дарвоза венасида босим 80-160 мм сув уст., портал гипертензияда эса босим 2-4 марта ошади.

Механизми. Портал гипертензия синдроми механизмини изохлаш учун портал тизимнинг маълум бир кисмида юзага келадиган тусиклар устида тухталишни лозим топдик. Шунга кура портал блокнинг 3 та тури тафовут килинади:

а) жигар усти блоки – бунда портал тизимда жигардан чикаётган жигар венасида тромбоз ёки тромбофлебит (Бадда-Киари касаллиги ва синдроми) булиши, ёпишкок перикардит ҳолатлари жигардан коннинг окиб кетишига тускинлик килади.

б) жигар ичи блоки – жигар паренхимасига бириктирувчи тукуманинг усиб кириши (септалар), «псевдо булакча»ларни ҳосил булиши, регенератор тугуннинг юзага келиши, жигар ичи кон томирлар тизимида кон окимини кийинлаштиради.

в) жигар ости блоки – бунда дарвоза венасида тромбоз, дарвоза венасининг бирламчи ва тугма стенозлари дарвоза венаси оркали жигарга окиб келаётган коннинг окимини кийинлаштиради.

Портал гипертензия синдроми куйидаги триада белгилар билан характерланади:

- Гепатоспленомегалия – жигар ва талокнинг катталашуви.
 - Коллатерал кон айланишини юзага келиши – дарвоза венаси тизимида коннинг димланиши кон окимида янги анастомозларни юзага келтиради.).
 - Асцит – корин бушлигида эркин холда суюкликнинг тупланиши.
6. Астеновегетатив синдром – беморларда дармонсизлик, тез чарчаш, холсизлик, камкувватлик, бош огриши, бош айланиши, уйкунинг бузилиши куринишида намоён булади.
7. Гепатолиенал синдром – жигар ва талокнинг катталашуви. Бу ҳақда портал гипертензия синдромида изох берилди.
8. Гиперспленизм синдроми – талокнинг катталашуви ва талок функциясини ошиши билан характерланади. Беморларда куйидаги лаборатор триада кузатилади:

- Анемия
- Лейкоцитопения
- Тромбоцитопения

9. Жигар етишмовчилиги синдроми (insuffitientia hepatis, hepatargia) – жигарнинг уткир ва сурункали касалликларида жигар паренхимасидаги чуқур дистрофик узгаришлар ва жигар хужайраларининг некрози натижасида жигарнинг куплаб функцияларини издан чиқиши билан характерланадиган клиник белгилар йигиндиси.

Механизми. Жигар фаолиятининг етишмовчилиги натижасида организмни, асосан мия хужайраларини модда алмашинувининг оралик маҳсулотлари, яъни аммиак маҳсулотлари билан захарланиши кузатилади. Нормида жигар хужайралари аммиакни мочевина куринишида зарарсизлантириб буйраклар оркали ажратади. Бу механизмни издан чиқиши уларнинг токсик таъсирини оширади, шунингдек электролитлар алмашинувини бузилиши гипокалиемиа, метаболик алкалозни кучайтиради.

Анамнез. Жигар касалликлари билан касалланган беморларда анамнез йиғишдаги маълумотлар.

- беморларнинг бошидан утказган касалликлари –айниксауткир вирусли гепатит А ёки В га :
- яқин ойилар ёки йиллар ичида парентириал муолажалар, кон ,плазма ёки бошка кон маҳсулотлари , турли инъекциялар, эмлашлар қабул қилинганлиги, стоматологик муолажалар утказганлигига :

- турли гепатотроб зарарли моддалар билан (хлороформ, фосфор, мишяк) ишлаганлиги ёки шунга ухшаш ва бошқа захарли усимликлар билан захарланганлиги ва петонтоксик дори-дармонлар қабул қилганлиги :
- спиртли ичимликлар истеъмол қилганлигига :
- хомиладорлик ва туғишга таълуқли маълумотларга :
- ирсий маълумотларга
- овқат сифати , миқдори ва бошқаларга аҳамият бериш керак.

Куздан кечириш

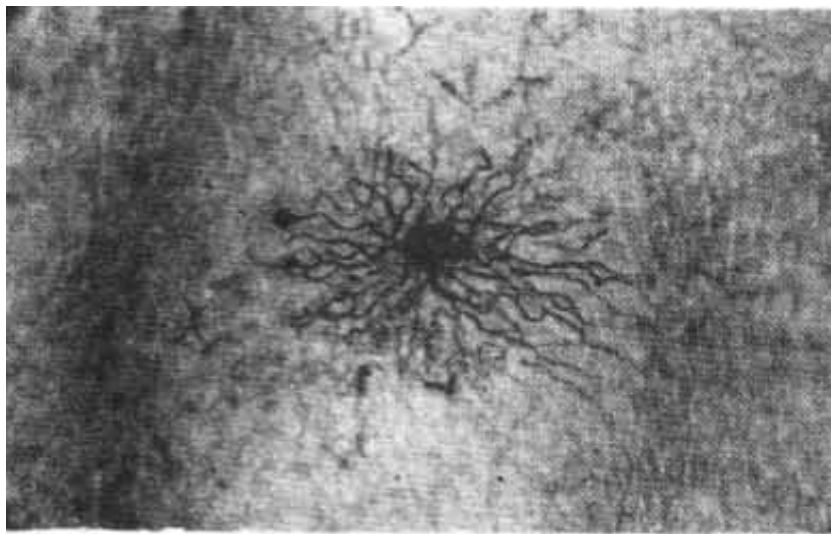
Бунда дастлаб беморларнинг умумий аҳволига эътибор берилади. Сурункали персистирловчи гепатит, холецистит касалликларида беморнинг аҳволи соғлом одамникидан кам фарқ қилади. Касаллик хуруж қилмаган вақтларда бемор ўзини яхши ҳис қилади. Оғир касалликлар — ўткир гепатитнинг оғир тури, сурункали фаол гепатит, цирроз, холецистит хуружи ва бошқа ҳолларда беморнинг умумий аҳволи анча оғир бўлади. Жигар комаси вақтида эса беморнинг ҳуши бузилган бўлиб, у чуқур уйқу ҳолатида бўлади.

Кўпгина жигар касалликларида беморнинг умумий кўриниши ўзгармаган бўлади. Ўт-тош касаллигида аксарият беморларнинг вазни анча оғир (гиперстеник) бўлади. Кўпинча жигарнинг хавфли ўсмаларида ҳамда жигар циррози касаллигида бемор жуда озиб кетади. Агар бемор болалигидан жигар хасталиги билан оғриган бўлса, унда инфантилизм, яъни гавда ва иккиламчи жинсий белгиларнинг яхши ривожланмаганлигини кўриш мумкин. Баъзи ҳолларда эркакларда кўкрак безларининг катталашиши — гинекомастия қайд этилади.

Жигари касалланган беморни кўздан кечирганда унинг териси ва шиллиқ пардаларига эътибор бериш алоҳида аҳамиятга эга. Бунда аввало тери копламларида сариқлик бор-йўқлигини аниқлаш лозим. Жигарнинг яллиғланиши натижасида келиб чиқадиган сариқликда одатда тери бошдан-оёқ бир текис саргаяди. Сариқлик кўз ок пардаси ва юмшоқ танглайнинг шиллиқ пардасида эртароқ юзага чиқади. Сариқлик баъзан лимон ва апельсин ёки заргалдок рангда бўлса, бошқа ҳолларда яшилсимон тус олиб, қорайиб кетади (icterus melas). Бунинг сабаби, узоқ вақт давом этган сариқликда теридаги билирубиннинг биливердинга айланиши деб ҳисобланади ва бундай сариқлик механик сариқлик учун хос бўлади.

Лимон рангидаги сариқлик гемолитик сариқликда кузатилади. Сариқлик кўп вақтларда турли даражадаги тери қичишиши билан давом этади. Шунинг учун бемор баданида тирноқ билан қачиш натижасида юзага келган тимдаланган жойлар аниқланади. Агар улар ифлосланса, баъзан йирингли яралар ҳам пайдо бўлади(бу ҳақда шикоятлар қисмида тухталиб утилди).

Бундан ташқари теридаги кон қуйилган жойларга (гематомалар), кенгайган капиллярларга, яъни «юлдузча» шаклидаги майда телеангиоэктазияларга алохида эътибор бериш зарур. Юқорида айтилгандек жигар фаолияти бузилиши натижасида кон ивувчанлиги ҳам бузилади. Натижада умуман из қолдирмайдиган таъсирлар туфайли тери остига қон қуйилиб, кўкаришлар юзага келади. Улар аввал кўк рангга, кейинчалик кўнгир рангга киради. Жигарнинг организм учун захарли моддаларни зарарсизлантириш, ортикча гормонларни инактивация қилиш фаолияти бузилиши туфайли «юлдузча» шаклидаги телеангиоэктазиялар (Эппенгер юлдузчалари) пайдо бўлади. Уларнинг катта-лиги 1 мм дан 1—2 см гача диаметрда бўлиб, кўпинча юзда, кўкрак қафаси-да, елка ва қўлларда жойлашади. (47-расм) Юлдузчалар сони битта ёки бир қанча бўлиши мумкин. Предмет ойнаси билан босилса, уларнинг пульсациясини кўриш мумкин. Уларнинг пайдо бўлиши жигарда фаол патологик жараён борлигидан далолат беради ва рангининг оч тўқлиги эса фаоллик даража-сига боғлиқ хисобланади. Уларнинг келиб чиқиш механизми охиригача ўрганилмаган. Худди шу патогенетик механизм туфайли бемор қафти тери-сидаги майда томирлар кенгайиб, улар қизаради. Кўпрок тенар ва гипоте-нар сохалари қизаради. Бу *жигар қафти* деб аталади. (пальмар эритема)

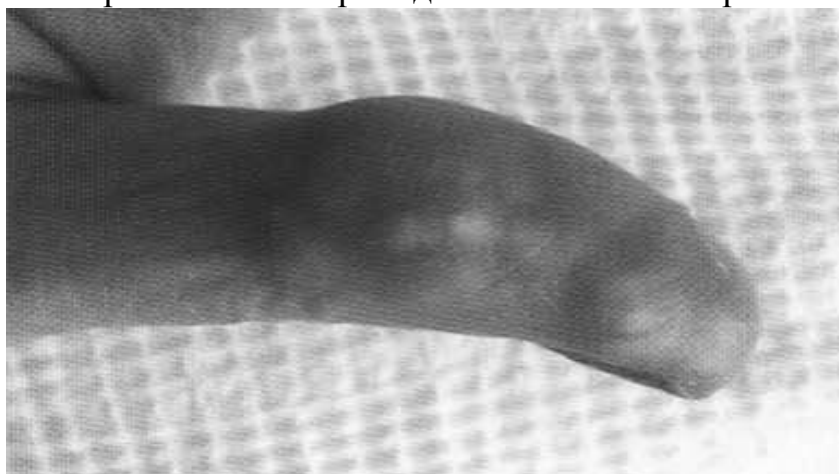


44 – расм. Телеангиоэктазиялар

"Бундан ташқари, холестерин алмашинувининг бузилиши натижасида эпидермис остида майда ёғ тўплamlарини кўриш мумкин. Улар кўпинча ковокларда, кўз атрофида, баъзан терининг бошқа қисmlарида аниқланади ва катталиги тарикдек думалок, баъзан ёғ алмашинуви чуқур бузилганда тангадек катталиқда, япалок, шаклда бўлади. Агар улар кўз атрофида бўлса, ксантелазма тананинг бошқа қисмида бўлса, ксантомалар деб аталади. (45-46-расмлар)



45 –расм. Ковок терисидаги ксантелазмалар



46-расм. Бармокдаги ксантомалар.

Ксантелазма ва ксантомалар бошқа ёғ алмашинуви бузилиши билан кеча-диган касалликларда (атеросклерозда) ҳам учраб туради. Беморни кўздан кечирганда қорин ён ва ташки девори веналари ҳолатига ҳам аҳамият бериш лозим, чунки портал гипертензия, яъни дарвоза вена орқали қон оқиши қийинлашуви билан кечадиган касалликларда улар кенгайиб, бўр-тиб кетади ва тери орқали кўкариб кўриниб туради. Йўгонлашган веналар киндикдан чиқиб, юқорига шуъла сингари тарқалади ва медуза боши (*caput meduza*) шаклини олади. Шунинг учун ҳам бу симптом медуза боши симптоми деб аталади. Бу симптомнинг пайдо бўлишига асосий сабаб, жигардан (дарвоза вена орқали) қон ўтиши қийинлашиши туфайли қорин деворидаги пастки ва юқори қавак веналар ва дарвоза венани бир-бирига уловчи коллатерал веналарнинг кенгайиб, қонга тўлиши ҳисобланади. Қориннинг киндикдан юқори қисмида дарвоза вена

билан юқори кавак вена анастомозларини, киндикдан пастда дарвоза вена билан пастки кавак веналарни, ён томонларда эса юқори ва пастки кавак веналарни бир-бирига туташтирувчи анастомозлар юзага келади.

Агар коллатерал веналар бўртиб чиққан бўлса, улардан оқувчи қон йўналишини аниклаш, қайси вена системасида қон туриб қолганлигини белгилашга ёрдам беради. Бунинг учун иккита бир-бирига жуфт қилинган бармоқлар билан вена босиб турилади ва ичидан қон чиқарилиб юборилади. Шундан сўнг юқоридаги бармоқ олинади, агар венага қон юқоридан келса, дарвоза вена билан пастки кавак вена орасидаги анастомоз томирлар кенгайган бўлади, агар вена қонга тўлмаса, пастки ва юқори кавак веналар орасидаги анастомоз ривожланган бўлади.

Қорин соҳасини кўздан кечирганда бу беморларда кўпинча ўзгариш топилмайди. Фақат бемор жуда озиб кетган, жигари жуда катталашиб, нотекис (хавфли ўсмалар, кисталар) ёки ўт пуфаги катталашган бўлса, ташқаридан кўзга кўринарли ўзгаришларни, яъни уларнинг бўртиб туришини кўриш мумкин. Беморнинг қорин соҳасини кўздан кечиришдан олдин оғиз бўшлиғи текширилади. Сурункали жигар касалликларида моддалар алмашинуви бузилиши натижасида юзага келган гиповитаминоз белгилари кўзга ташланади. В гурухга кирувчи витаминлар етишмаслиги натижасида ангуляр стоматит деб аталувчи оғиз бурчакларининг яллигланиши кузатилади. Баъзан эса беморлар тили тўқ қизил рангда бўлади, буни қадимда «кардинал тили»(жигар тили) деб аташган.

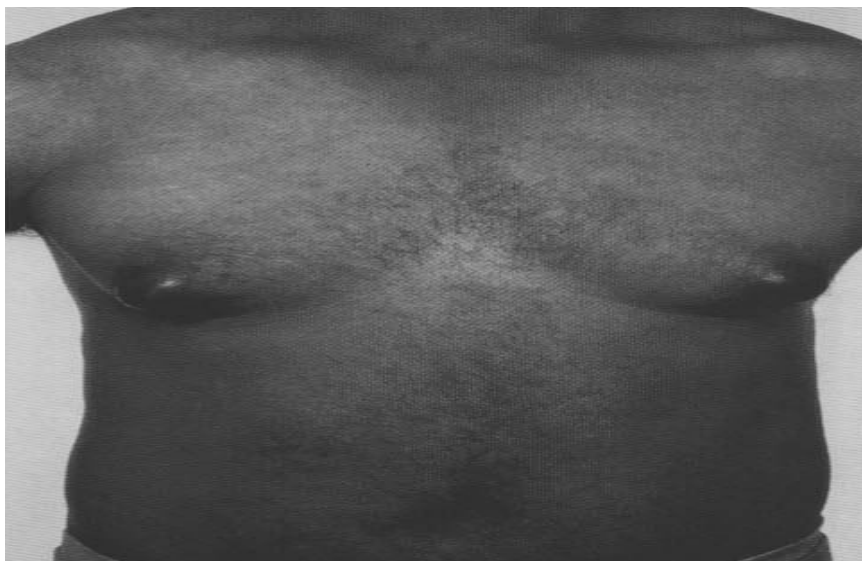


47 – расм. Кайзер халкаси.

- Кайзер-Пфейфер халкаси куз шох пардасида куз гавхари атрофида очик-кукимтир рангдаги халка ҳосил булади (Конавалов-Вильсон касаллигида) (расм 47).

- Гинекомастия. Жигар етишмовчилигида эстрогенлар активлигини ошиши натижасида эркакларда бир ёки икки томонлама кукрак безини

катталашуви кузатилади (расм 48)



48 – расм. Гинекомастия

Қориннинг умумий катталашганлиги унда суюқлик йиғилганда (асцит) кузатилади. Қорин бўшлигига суюқлик йиғилганда аввал қориннинг пастки қисмлари, кейин секин-аста суюқлик миқдори ортиб борган сари юқори қисмлари ҳам катталашиб боради. Қорин бўшлигида ҳаддан ташқари кўп суюқлик йиғилиб босимнинг ортиб кетиши натижасида баъзан беморларнинг киндиги ташқарига туртиб чиқади. Бемор ётган ҳолатда бўлса, қорин япалоклашиб, икки ён томони осилиб туради ва «қурбака қорини» эслатади(49-расм).



49 – расм. Асцитда киндик халкасини буртиб чиқиши ва қорин девори веналарини кенгайиши.

Асцитнинг келиб чиқиш механизми жуда мураккаб бўлиб, у асосан дарвоза вена тизимида қон димланиб қолганлиги туфайли веналардан қон-

нинг суюк кисмини диффузия йўли билан қорин бўшлиғига тушиши, гипопотеинемия ҳисобига қон онкотик босимининг камайиб кетиши ҳамда томирлар ўтказувчанлигининг ортиб кетишидан келиб чиқади.

Жигарни перкуссия қилиш

Жигарни пайпаслаб куриш учун аввал перкуссия йўли билан унинг чегараларини аниклаб олиш зарур. Шунинг учун бошка аъзоларни текширишдан фаркли равишда жигарни перкуссия қилиш усулини пайпаслашдан олдин ўрганамиз. Жигар паренхиматоз аъзо бўлганлиги туфайли, унинг ўзи абсолют бўғиқ перкутор товуш беради, лекин жигар туқимаси хаво сакловчи аъзолар, яъни юқоридан ўпка, пастдан ичаклар билан ўралганлиги учун улардан чиқувчи юқори перкутор товуш анча таъсир қилади. Жигардан чиқадиган бўғиқ товушнинг абсолют ва нисбий чегараси мавжуд. Амалиётда жигарнинг юқори ва пастки абсолют бўғиқлик чегараси аниқланади.

Жигарни перкуссия қилганда бемор горизонтал ёки вертикал ҳолатда бўлиши лозим. Плессиметр бармоқ аниқланиши лозим бўлган чегарага параллел қўйилади. Куйида биз жигарни Образцов-Стражеско бўйича чегараларини аниқлаш усули тугрисида тухталиб утамиз.

Юқоридан жигарнинг чегараларини 3 та вертикал чизик: тўш олди, ўрта ўмров ва олдинги қўлтиқ, ости чизиклари бўйлаб паст перкутор зарба билан перкуссия қилинади. Перкуссия юқоридан пастга, яъни аниқ перкутор товушдан бўғиқ товушга қараб қилинади ва бармоқнинг юқори қиррасига белги қўйилади. Бу тўш олди чизиги бўйлаб VI қовурғанинг юқори четига, ўрта ўмров чизиги бўйлаб VI қовурғанинг пастки чети ва олдинги қўлтиқ ости чизигидан VIII қовурға соҳасига тўғри келади. Жигарнинг юқори нисбий бўғиқлик чегара-си эса юқорида белгиланган соҳалардан бир қовурға юқорида бўлади.

Жигарнинг пастки чегаралари эса 5 та чизик бўйлаб ўнг томондан олдинги қўлтиқ ости чизиги, ўрта ўмров чизиги, тўш олди чизиги, олдинги ўрта чизик ва чап томондан тўш олди чизигидан аниқланади. Перкуссия пастдан юқорига тимпаник товушдан бўғиқ товушга қараб қилинади ва бармоқнинг пастки қиррасидан белгиланади. Соғлом одамда жигарнинг пастки чегараси ўнг томондан олдинги қўлтиқ ости чизиги бўйлаб X қовурғанинг пастки қирғоғига, ўрта ўмров чизиги бўйлаб ўнг қовурға ёйининг пастки қиррасига, тўш олди чизиги бўйлаб қовурға ёйидан 1,5—2 см пастроққа, олдинги ўрта чизик бўйлаб ханжарсимон ўсимта билан киндик орасидаги масофанинг ўртасидан сал пастроқда, чап тўш олди чизигидан эса чап қовурға ёйининг пастки қиррасига тўғри келади. Жигарнинг чап томондан чегарасини аниқлаш учун бармоқ плессиметрни чап қовурға ёйига перпендикуляр қўйиб чапдан ўнгга қараб, тимпаник товушдан бўғиқлашгунга қадар перкуссия қилиб борилади.

Одамнинг гавда тузилишига қараб жигарнинг пастки чегараси биров ўзгариши мумкин. Гиперстеникларда бу чегаралар юқорироқ, астеник-

ларда эса пастроқ жойлашади, гавданинг холати ўзгарганда ҳам жигарнинг пастки чегараларни 1—1,5 см га ўзгаради.

Орка томондан жигарнинг чегараларини аниқлаш анча мушкул, чунки унинг бўғиқ товуши буйрак, меъда ости беzi, орка мушакларнинг бўғиқлиги билан қўшилиб кетади. Факат жуда тажрибали шифокоргина диққат билан перкуссия қилиб 4—6 см кенгликдаги жигарнинг-бўғиқлик соҳасини аниқлаши мумкин.

Юқорида кўрсатилган усул анча мурракаб ва кўп вақт талаб қилади. Шунинг учун жигарининг чегараларини Курлов усули бўйича аниқлаш қулайроқ ҳисобланади. Бу усул ёрдамида жигарнинг барча ўлчамлари ҳақидаги маълумотларни олиш мумкин.

Курлов усули бўйича жигарнинг чегараларини аниқлаш. Бу қуйидагича олиб борилади:

1. Жигарнинг юқори чегараси ўнг ўрта ўмров чизиги бўйлаб юқоридан пастга қараб, плессиметр бармоқ аниқланаётган чегарага параллел равишда қўйиб перкуссия қилинади. Бўғиқ товуш бошланган жойга бармоқнинг юқориги четидан белги қуйилади. Жигарнинг пастки чегарасини аниқлаш учун ўнг ўрта ўмров чизиги бўйлаб қорин бушлиги соҳасидан юқорига қараб перкуссия қилиб борилади ва бўғиқ товуш бошланган жойдан бармоқнинг пастки қирраси бўйлаб белги қуйилади ва уни юқоридаги нуқта билан туташтирилади, натижада Курлов усули бўйича жигарнинг биринчи вертикал ўлчами топилади.

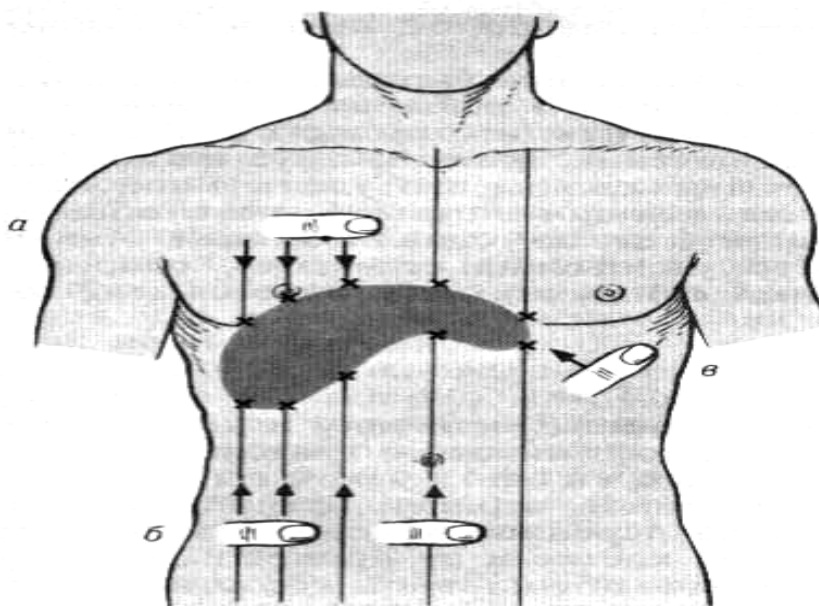
2. Курлов усули бўйича жигарнинг иккинчи ўлчамини аниқлаш учун жигарнинг юқори чегараси олдинги ўрта чизик бўйлаб аниқланади. Бунинг учун биринчи вертикал ўлчамнинг юқориги нуқтасидан визуал равишда горизонтал тўғри чизик олдинги ўрта чизик билан қесишгунга қадар давом эттирилади. Улар қесишган жойга белги қуйилади. Шундан кейин жигарнинг пастки чегараси олдинги ўрта чизик бўйлаб қориндан пастроқ соҳадан бошлаб юқорига қараб қучсиз перкуссия қилиб борилади ва бўғиқ товуш бошланган жойга белги қуйилади. Шу нуқта юқоридаги топилган нуқта билан бирлаштирилади, натижада жигарнинг иккинчи вертикал ўлчами аниқланади.

3. Курлов усули бўйича жигарнинг учинчи ўлчамини топиш учун жигарнинг пастки чегараси чап қовурға ёйи бўйлаб аниқланади. Бу мақсадда плессиметрбармоқни чап қовурға ёйига перпендикуляр қўйиб, VII-IX қовурғалар соҳасидан чапдан ўнг томонга қараб перкуссия қилиб борилади ва бўғиқ товуш бошланган жойга белги қуйилади. Шундан сўнг бу белги иккинчи ўлчамнинг юқори нуқтаси билан туташтирилади. Натижада жигарни учинчи эгри чизик бўйича ўлчами аниқланади. Соғлом одамда жигарнинг ўлчамлари қуйидагича:

- Биринчи ўлчам – *l. medioclavicularis dextra* 10—12 см.
- Иккинчиси ўлчам – *l. mediana anterior* 8—9 см.
- Учинчиси ўлчам – *l. arcus costae sinistra* 7—8 см га тенг бўлади. Бу

Ўлчамлар оркали жигар барча қисмларининг катта-кичиклигини аниклаб олиш мумкин. Масалан, биринчи ўлчамнинг катталашганлиги жигар ўнг бўлагининг катталашганлигини, иккинчи ўлчам чап бўлагининг, учинчи ўлчам эса жигарнинг чап томонга қараб катталашганлигини билдиради ва уларни бир-бирига солиштиришга имкон беради (расм 50).

Жигар ўлчамларининг катталашishi юқорида айтилгандек, унинг яллигланиши (гепатитлар), бириктирувчи тўкима билан алмашиниши (циррозлар) ва моддалар алмашинувининг бузилишидан ёғ босиши (гепатозлар), хавфли ўсмалар ёки уларнинг метастазлари, эхинококк, абсцесс ҳамда юрак етишмовчилиги сабабли жигарда қон димланиб қолиши натижасида кузатилади.



50 – расм. Жигарни абсолют тумтоқлик чегарасини аниклаш: а. юқоридан, б. пастдан, в. чапдан

Жигари касалланмаган одамларда диафрагманинг юқори ёки паст жойлашиши натижасида унинг чегаралари физиологик юқори ёки паст жойлашиши кузатилади. Диафрагма ости абсцесси, пневмоторакс, экссудатив плевритда жигарнинг юқориги чегаралари узгаради. Жигарнинг пастки чегараларини юқорига сурилиши, унинг улчамлари кичрайишидан далолат беради. Жигар пастки чегараларини пастга сурилиши, унинг катталашганидан далолат беради (гепатит, цирроз, рак, эхинококк, юрак етишмовчилиги туфайли қоннинг димланиши).

Ут пуфагини перкуссия қилиш ташхисий ахамиятга эга эмас, бироқ кескин катталашганида перкуссия усулидан фойдаланиш мумкин. Пальпа-

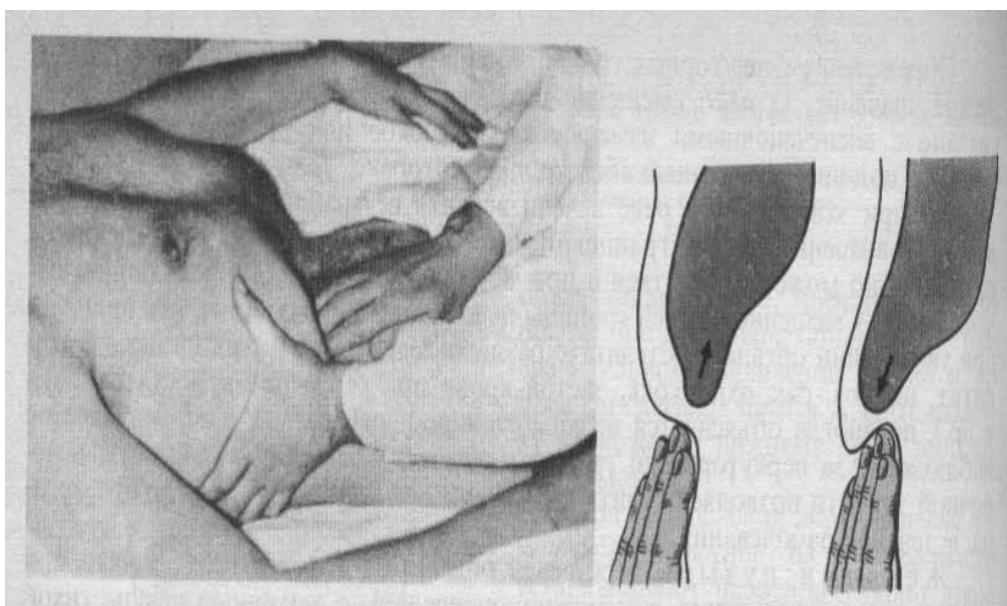
ция усули ёрдамида катталашган ўт пуфагининг ўлчамини аниқлаш мумкин (Курвуазье-Терье симптоми).

Жигарни пальпация қилиш

Перкуссия йўли билан жигарнинг пастки чегаралари топилгандан сўнг, уни пальпация қилиш анча қулайликни яратади. Пальпация йўли билан жигарнинг пастки қирраси топилади. Шундан кейин унинг силлиқлилиги, қиррасининг ўткирлиги, агар жигар катталашган бўлса, унинг каттиқлик даражаси, юзасининг силлиқ ёки ғадир-будурлиги, агар унда тугунлар бўлса, уларнинг майда ёки катталиги аниқланади. Пальпация Образцов-Стражеско усулида олиб борилади. Бемор чалқанча ётқизилади, кўллари кукрак кафасининг устида, оёқлари тизза бўғимида букилган, боши пастроқ қўйилган, мушаклар бўшашган ҳолатда ётади. Врач беморнинг ўнг томонида, унинг юзига қараб, ўнг кул бармоқларини қорин деворига эркин қўйган ҳолда, чап кўлнинг кафти ва бармоқлари билан жигар соҳасини орка томонидан ушлаб, чап кўл бош бармоғини эса коворға четига зич қўяди. Шу тарика кўкрак кафасининг ҳаракати бир оз чекланиб, диафрагманинг пастга ҳаракати кучаяди. Пальпация қилувчи кўл перкуссия йўли билан топилган жигарнинг пастки чегарасидан 3—5 см пастга қўйилади. Агар пальпация вақтида жигарнинг чети қулга илинмаса, унда ўнг кўл бир оздан юқорига кўтарилиб борилади (51- расм).

Пальпация усули қуйидагича ўтказилади:

- 1.Врач ўнг кўлини ўнг коворға ости соҳасига қорин тўғри мушагининг латерал четига яқинроқ қўяди.
- 2.Терини пастга тортиб, терида бурма ҳосил қилинади.
- 3.Врач бармоқларини беморнинг нафас ҳаракатига мослаб, нафас чиқарган вақтда секин-аста қорин ичига ботиради.



51 – расм. Жигарни пальпация қилиш: а. пайпаслаш техникаси. б.

4. Шу ҳолатда бемордан чуқур нафас олиш сўралади. Нафас олинган-да жигарнинг пастки чети пайпаслаётган қўлнинг корин деворига боти-шидан ҳосил бўлган халтачага тушиб қолади ва секин-аста нафас олинган сайин ундан сирғаниб чиқади. Шу вақтда бармоқлар жигарнинг четини сезади. Олинган маълумот тўлиқ бўлиши учун бу ҳаракатлар бир неча марта қайтарилади ва шу ҳаракатлар ўнгдан чапга қараб, жигарнинг бутун кенглиги бўйлаб олиб борилади кулнинг ҳаракати.

Агар пальпация вақтида жигар қўлга уннамаса, қўл яна юқорироқ кўтарилади. Агар қорин бўшлиғида суюқлик йиғилган бўлса, беморни горизонтал ҳолатда ётганда пальпация қилиш-нинг иложи бўлмайди, у ҳолда беморни вертикал тик ҳолатда ёки утказиб пальпация қилинади. Қорин, бўшлиғида кўп микдорда суюқлик йиғилган бўлса, жигарни туртиб-туртиб (баллатирловчи) пальпация усулидан фойдаланиб пайпаслаш мумкин. Бунинг учун бир оз букилган ўнг қўл бармоқ-ларини қориннинг ўнг томонига, жигарнинг пастки четидан бир оз паст-роққа кўйилади ва бир неча марта туртиб кўрилади. Туртганда жигар ичка-рига қочади, ҳаракат тўхтатилганда эса жойига қайтиб, қўлга уннайди. Бундай ҳаракатлар бир неча марта қайтарилади. Бу симптомни «сузиб юрувчи муз» (айзберг) симптоми деб ҳам юритилади.

Соглом одамда жигарнинг пастки қирраси қовурга четидан қўлга уннайди, у юмшоқ, қўл билан текканда сезилмайди (яъни оғриқсиз бўлади). Жигар астеникларда кўпроқ қўлга уннайди, чунки уларда диафрагма гумбази пастроқ жойлашади. Тўш ости соҳасида жигар кўпроқ чиқиб турса ҳам уни пальпация қилиш қийинроқ бўлади, чунки у ерда қорин девори анча калин бўлади.

Жигар пастки чегарасининг қовурга ёйидан пастга тушиши, унинг касалликларида (ўткир ва сурункали гепатит, цирроз ва бошқалар), унда қон димланиб қолганда (юрак декомпенсацияси) ҳамда айрим сабабларга кўра, жигар пастга тушганда қузатилади. Жигарнинг ҳақиқий катталашганлигини уни пастга тушганлиги (гепатоптоз) дан фарқлаш учун перкуссия йўли билан унинг юқори ва пастки чегаралари оралигини топиш лозим. Курлов усули бўйича, агар шу масофа меъёридан ортиқ бўлмаса, демак, жигар пастга тушган ҳисобланади (агар касалликнинг бошқа белгилари бўлмаса).

Жигарнинг фақат пастки чегарасининг юқорига сурилиши, яъни пальпация вақтида унинг қўлга илинмаслиги, жигар атрофияси билан кечувчи циррозларда қузатилади.

Жигар юқори чегараларининг юқорига ва пастга силжиши кўпинча диафрагма юқори жойлашганда, диафрагма остида йиринг ёки ҳаво, қоринда ҳаво, суюқлик йиғилганда, пневмотораксда қайд этилади. Жигарнинг ўзига боғлиқ бўлган сабаблар (рак, эхинококк ва бошқалар) нисбатан кам учрайди. Жигар бир текис, яъни ҳамма томонга тенг ёки нотекис катта-

лашиши мумкин. Агар жигар бир текис катталашса, унинг шакли ўзгармайди. Жигарни пайпаслаб кўрилганда ана шу шаклнинг ўзгариши ҳам аникланади. Катталашган, қўлга уннаётган қисмининг консистенцияси, яъни каттиқлик даражасини ҳам аниқлаш лозим. Жигарнинг консистенцияси, унда бириктирувчи тўкиманинг ўсиш даражасига боғлиқ. Шунинг учун жигарда кон димланиб қолганда, ўткир гепатитларда жигар унчалик каттиқ бўлмайди. Жигар циррозида, эхинококк, жигар раки, лейкоз касалликларида жигарнинг консистенцияси жуда каттиқ бўлади, шу сабабдан баъзан тошдек каттиқ деб ифодаланади. Бу кўпинча жигар ракида кузатилади. Бундан ташқари жигар катталашган қисмининг ғадир-будурлик даражаси, баъзи жойларда юмшоқлиги сезилса у ерда киста бор-йўқлигини аниқлаш учун унинг флюктуацияси (чайқалиши) текшириб кўрилади. Пальпация вақтида аниқланган ғадир-будурликнинг майда, ўртач, ёки катта тугунчали эканлигини ҳам ҳисобга олиш лозим.

Жигар чети қирраси соғлом одамда бироз юмалоклашган, юзаси силлиқ, консистенцияси юмшоқ бўлади. У яллиғланганда эса қирра ўткир шаклга киради ва каттиқлашади. Баъзи касалликларда (захм, рак) жигар қирраси нотекис, юзаси ғадир-будур бўлиши мумкин.

Жигарнинг яллиғланиш ва кон ёки ўт димланиши билан кечадиган касалликларида глиссон қобигининг кенгайиши натижасида жигарни пальпация қилганда бемоя турли даражада оғрик сезади.

Соғлом одам ўт пуфаги пальпация қилинганда қўлга илинмайди. Факат унда кўп микдорда ўт туриб қолганда, унинг деворлари яллиғланганда, ичида кўп микдорда тоншлар бўлганда катталашади ва пальпация қилинганда қўлга уннайди. Қорин олд деворида қоринни унг тўғри мускули ташқи қиррасининг ўнг коворға равоғи билан кесишадиган жойи ўт пуфаги нуқтаси деб аталади ва пальпация вақтида кўпроқ шу жойга эътибор берилади.

Ўт пуфагини пальпация қилиш учун бемор худди жигарни пальпация қилгандагидек холатда ётади. Аввал жигарнинг пастки чети топилади ва бир оз пастроқда қорин тўғри мускулининг ташқи қирраси соҳасида ўша усулда пальпация қилинади. Агар ўт пуфаги каттиқлашган бўлса, у ноксимон шаклда бўлиб, унинг турли каттиқлилик ва оғриқлилик даражасида аникланади. Ўт пуфаг кўпинча ҳаракатчан бўлиб, факат ундаги яллиғланиш қорин пардага ўтгандагина унинг ҳаракатчанлиги чекланади. Бу вақтда пальпация қилиш ҳам жуда қийинлашади, чунки бемор каттиқ оғриқдан безовталаниб, қорин устига қўл қўйиш имконини бермайди. Бу вақтда ўнг коворға тагида, ўт пуфаги соҳасида мушак даршилиги кучайиб, қўлга каттиқ (тахтадек) бўлиб уннайди.

Ўт пуфаги деворларининг яллиғланганлигини исботловчи бир қанча пальпатор симптомлар мавжуд:

- Ортнер симптоми — ўнг коворға ёйига мушт билан ёки кафт қирраси билан секин уриб кўрилса, бемор ўт пуфаги соҳасида каттиқ оғрик сезади

(холецистит, ўт-тош касаллиги, перихолецистит ва бошқа касалликларда).

- Курвуазье-Терье симптоми — ўт пуфаги катталашиб, ноксимон шаклда, ҳаракатчан бўлиб кўлга уннайди (ўт-тош касаллиги, меъда ости безининг раки ва бошқалар).

- Захарин симптоми – ўт пуфаги соҳасида корин деворини секин туртганда қаттиқ оғриқ пайдо бўлади.

- Василенко симптоми – бемор чуқур нафас олганда, ут пуфаги соҳасида корин деворини секин туртганда оғриқ пайдо бўлади.

- Образцов-Мерфи симптоми – унғ кул панжасини секин-аста ўнғ қовурға остига ботириб, бемордан чуқур нафас олиш сўралганда қаттиқ оғриқ ҳосил бўлади.

- Френикус симптоми – буйин соҳасида, *m. sternocleidomastoideus* нинг оёқчалари орасига бармоқ билан босилганда ут пуфаги соҳасида оғриқ сезилади.

Аускультация

Жигар ва ут пуфаги касалликлари диагностикасида аускультация усули-ни кулланилиши нихоятда чегараланган. Бирок камдан-кам ҳолларда жигар устида ва ут пуфаги проекцияси устида корин пардасининг ишкала-ниш шовкинини (перигепатит, перихолецистит) эшитиш мумкин. Бу шов-кин характериға кура плевранинг ишқаланиш шовкинини эслатади. Корин пардасининг ишқаланиш шовкини яллигланиш жараёнини ут пуфагини барча қаватларини эгаллаб олганлигидан ва унинг деворини перфорация бўлиши мумкинлигидан дарак беради.

Ошқозон ости бези.

Шикоятлар.

Ошқозон ости бези касалликларида учрайдиган бемор-ларнинг асосий шикоятларига қуйидагилар киради:

1. Оғриқ – давомийлигига ва характериға кура турлича бўлиши мумкин. Овқат қабул қилгандан 3-4 соат утгач, айниқса ёғли маҳсулотлардан кейин ут санчигига ухшаш хуружсимон оғриқларнинг юзага келиши калькулёз панкреатит учун характерли. Одатда бу оғриқлар эпигастрал соҳада ёки чап қовурға равоги остида жойлашган бўлиб, орқага ёки белбоғсимон тарқалади. Оғриқларнинг интенсивлиги баъзан шу даражада қучли бўладики, факатгина наркотик-аналгетиклар қабулидан кейин пасаяди.

Уткир панкреатитда эса оғриқлар тусатдан бошланиб уткир характерда бўлади, бир неча соатдан қунлаб, ҳатоки ҳафталаб давом этиши мумкин. Бу турдаги оғриқлар кориннинг юқори қисмида жойлашиб, белбоғсимон тарқалади. Оғриқларнинг тусатдан бошланиши ва уткир характерда бўлиши ошқозон ости бези чиқарув йулининг яллигланиш шиши ва спазми

натижасида без ичидаги майда йулакчаларда босимни ортиши ва куёш чигалининг таъсирланиши билан боглик.

Ошкозон ости беи усма касалликларида эса огриклар нихоятда кучли ва давомли характерда булади. Агар усма безнинг бош кисмида жойлашган булса, огриклар унг ковурга остига ва курак сохасига таркалади. Агар усма жараёни безнинг тана ёки дум кисмини эгаллаган булса, огриклар эпигастрал сохани бутунлай эгаллаб, чап ковурга остига ва белбогсимон таркалади. Огриклар беморлар горизонтал холатда чалканча ётганида кучаяди (куёш чигали кисилади). Шунинг учун беморлар огрикларни камайтириш максидида мажбурий олдинга букилган холатни эгаллайди.

Сурункали панкреатитда эса огриклар симилловчи, интенсивлиги паст ва доимий характерда булади.

2. Кунгил айнаиши ва кушиш – бу белгилар рефлектор характерда булиб, асосан уткир панкреатитда кузатилади. Сурункали панкреатит ва ошкозон ости беи усма касалликларида эса диспепсик холатлар безнинг ферментатив фаолияти бузилиши натижасида юзага келади. Шунингдек, сурункали панкреатитда беморлар купинча иштаханинг пасайиши ёки бутунлай булмаслигига, ёгли овкат махсулотларни кабул кила олмаслигига, кунгил айнаиш, корин дам булишига, ичнинг суюк кетишига («ёглик ахлат») шикоят килади. Ичакларда хазм жараёнининг издан чикиши беморларда умумий кам кувватлик ва тез озиб кетиши аломатлари билан кузатилади.

3. Сариклик – тери копламлари тук жигар рангда ёки яшилсимон тусда саргаяди. Бир пайтнинг узида тери кичиши, геморрагиялар кузатилади. Сариклик ошкозон ости беи бош кисмининг усма касалликларида умумий ут йулини кисман ёки бутунлай бекилиши натижасида юзага келади.

Анамнез. Беморларни сураб-суриштиришда ошкозон ости беи касалликларини юзага келтирувчи баъзи бир омилларга, яъни алкоголь ва ёгли овкат махсулотларини кай даражада кабул килганлигига эътибор бериледи. Шунингдек, ут пуфаги ва ут йуллари касалликлари билан касалланганлиги суралади.

Куздан кечириш

Беморларни умумий куздан кечириш уларда озиб кетиш, кахексия, сариклик ва геморрагиялар борлигини аниклаш имкони-ни беради. Уткир панкреатитда огир интоксикация туфайли нафас ва кон айланишининг бузилиши натижасида тери копламлари окимтир рангда, баданда (корин девори, орка сохаларда) цианоз аломатлари кузатилади. Сурункали панкреатит узок давом этганда эса хазм жараёнларини бузилиши туфайли беморлар озгин, тери копламлари курук, унинг тургор ва элас-тиклиги пасайган булади. Ошкозон ости беи кисталарида эса кориннинг юкори кисми шинкираган булади. Уткир панкреатит баъзида кориннинг дам булиши туфайли катталашиши билан кечади.

Перкуссия

Перкуссия усулини куллаш имконияти ошкозон ости беи касалликларини аниқлашда ннхоятда чегараланган. Киста ёки усма туфайли ошкозон ости беи катталашганда унинг проекцияси устида бугик-тимпаник ёки бугик товуш аниқланади.

Пальпация

Кориннинг юзаки пальпациясини утказиш жараёнида уткир панкреатитларда эпигастрал сохада, баъзан чап ковулга равоги остида корин девори мукулларини таранглашганлигини ва огрик борлигини аниқлаш мумкин (Керте симптоми).

Ошкозон ости безини пайпаслаб куриш унинг ннхоятда чукур жойлашганлиги ва юмшок консистенцияга эга булганлиги туфайли бирмунча кийинчиликларни юзага келтиради. Факатгина озгин беморларда, ички аъзолар пастга тушганда (спланхптоз) корин деворини мукулларини максимал бушаштирганда 4-5% холларда аёлларда ва 1-2% холларда эркаларда пайпаслаб куриш мумкин.

Ошкозон ости беи пальпацияси эрталаб, нахорда сурги дори кабул килгандан кейин утказилади. Дастлаб ошкозонни катта эгрилиги, привратник ва кундаланг чамбар ичакни унг кисми пайпаслаб курилади. Ун икки бармокли ичакнинг пастки горизонтал кисмини аниқлаб олиш, безни пайпаслаш учун кулай имконият яратади. Бу холатда ошкозон ости безининг бош кисми пайпаслаб курилади; безнинг бош кисми унинг тана ва дум кисмига нисбатан осонрок пайпасланади. Пайпаслаб куриш Образцов-Стражесконинг чукур, сирпанувчи усулини коидалари асосида унинг 4 та боскичини куллаш билан олиб борилади. Текширувчи кулини олдиндан аниқлаб олинган ошкозоннинг пастки киррасидан 2-3 см юкорига горизонтал холатда куяди; тери юкорига тортилиб бурма хосил килинади. Шундан сунг пайпасловчи бармоklar беморнинг хар бир нафас актининг нафас чикариш фазасида корин бушлигига чукур, ботириб кириб борилади. Кориннинг орка деворига якинлашгач, бармоklar юкоридан пастга караб сирпантиради.

Нормада ошкозон ости беи кундаланг холатда жойлашган юмшок цилиндр куринишида булиб, диаметри 1,5-3 см атрофида, харакатсиз ва огриксиз. Сурункали панкреатитда ва ошкозон ости беи усма касалликларида без каттиклашган, кирралари нотекис булиб, огрикли холда кулга уннайди. Ошкозон ости безини пайпасланганлиги тугрисидаги хулосаларни беришга бирмунча эхтиёт булиш керак, чунки купчилик холларда ошкозоннинг бир кисми, кундаланг чамбар ичак ёки лимфа тугунлар тутамини ошкозон ости беи пайпасланди деб хатоликка йул куйиш мумкин.

ХАЗМ ТИЗИМИДАН ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. Куйидагиларнинг қайси бири ичакда газ тупланишини ифодалайди?

A. obstipatio

B. Дуарея

C. enteroragia

*Д. Метеоризм **

Е. Тугри жавоб йук

2. Корин бушлигидаги аъзолар қайси тартибда пальпация қилинади?

1. Меъда

2. Куричак

3. Ёнбош ичак

4. Чувалчангсимон усимта

5. Сигмасимон ичак

6. Чамбар ичак

A. 5,4,3,1,2,6

B. 5,2,3,4,1,6

C. 4,5,1,6,3,2

*Д. 5,2,3,4,6,1 **

Е. 1,2,3,4,5,6

3. Кориннинг пастки қисми буртиб чиқиб, юқориси текисланган. Бу ниманинг белгиси?

*A. Энтеро́птоз **

B. Асцит

C. Гидроторакс

Д. Курбака қорни

Е. Нефроптоз

4. Корин қатталашиб қетган, флюктуация симптоми мусбат, бу қайси ҳолат учун мос?

*A. Асцит **

B. Семизлик

C. Метеоризм

Д. Энтеро́птоз

Е. Тугри жавоб йук

5. Ошқозонга ҳос диспепсик белгиларга қирмайди

*A. Коринни дам бўлиши **

B. Қунгил айниши

B. Қусиши

Г. Зарда қайнаши

Д. Кекириши

6. Кориннинг юзаки пальпацияси ёрдамида аниқланмайди :

*А. Аъзоларнинг ҳолати **

Б. Оғрик соҳаси

В. Мушаклар ҳолати

Г. Тери ости ҳосилалари

Д. Сизгир соҳалар

7. Хақиқий сариклик бошланади :

*А. Куз склерасидан **

Б. Кафтдан

В. Тери копламларидан

Г. Милклардан

Д. Юмшоқ танглайдан

8. Холестерин алмашинуви бузилишидан далolat берадиган белги :

*А. Ксантома, ксантелазма **

Б. телеангиоэктазия

В. Гинекомастия

Г. Жигар тили

Д. Жигар кафти

9. Куйидагилардан механик сариклик учун хос булмаган белгини аниқланг

А. Тери кичишиши билан бирга булади.

Б. Конда билвосита билирубин купаяди

*В. Гемолиз кучайганда кузатилади **

Г. Холемия

Д. Ахолия

10. Гемолитик сариклик учун характерли булмаган белгини курсатин :

*А. Ахолия **

Б. Плейохромия

В. Тери копламларини лимон рангда булиши

Г. Конда эркин билирубин микдорини ошиши

Д. Умумий билирубин микдорини ошиши

11. Бадди-Киари синдроми оқибатида юзага келувчи портал гипертензия, куйига келтирилган гипертензиянинг қайси турига мансуб?

*А. Жигар усти **

Б. Жигар ичи

С. Жигар ости

Д. Аралаш

Е. Тугри жавоб йук

12. Куйидагилардан қайси бири портал гипертензияни юзага келишида етакчи булиб ҳисобланади ?

*А. Капилларлар утказувчанлигини ошиши **

Б. Диспротеинемия

В. Гипоонкемия

Г. Гидростатик босимнинг ортиши

Д. Ренин-ангиотензин-альдостерон тизими фаоллигини ошиши

13. Курлов усули буйича жигар улчамларини курсатинг:
1-1 улчам; II-2-улчам; III-3-улчам

*А. I 10-12 см II 8-10 см III 5-7 см **

Б. I 8-9 см II 10-12 см III 7-8 см

В. I 15-16 см II 7-8 см III 11-13 см

Г. I 10-12 см II 7-8 см III 11-13 см

Д. I 5-6 см II 10-11 см III 8-9 см

14. Ут пуфаги соҳасида корин деворини секин туртганда каттик огрик пайдо булади

*А. Образцов – Мерфи симптоми **

Б. Захарин симптоми

В. Василенко симптоми

Г. Френикус симптоми

Д. Тугри жавоб йук

15. Унг кул панжасини секин - аста унг ковурга остига ботириб бемордан чукур нафас олиш суралганда каттик огрик хосил булади?

А. Образцов – Мерфи симптоми

Б. Захарин симптоми

*В. Василенко симптоми **

Г. Френикус симптоми

Д. Тугри жавоб йук

16. М. Стерноклейдомастойдеуснинг оёклари орасига бармок билан босилганда огрик сезилади

А. Образцов – Мерфи симптоми

Б. Захарин симптоми

С. Василенко симптоми

*Д. Френикус симптоми **

Е. Тугри жавоб йук

17. Ичакларда утнинг умуман тушмаслиги нима деб айтилади?

А. Холестаз

*Б. Ахолия **

В. Гипохолия

Г. Холемия

Д. Тугри жавоб йук

18. Коринни пайпаслаш кайси аъзодан бошланади?

*А. Сигмасимон ичакни пайпаслаш **

Б. Кундаланг чамбар ичакни пайпаслаш

В. Юза, ариентирловчи услубий пальпация

Г. Траубе соҳасини аниклаш

Д. Эпигастрол соҳадан

19. Конда эстерогенлар активлигининг ошишига боглик булмаган белгини курсатинг :

*А. Ксантелазма **

Б. Телеангиоэктазия

В. Жигар тили

Г. гинекомастия

Д. жигар кафти

20. Киши ошказон яраси билан хасталанганда унинг иштахаси кандай булади?

*А. Кучайган **

Б. Сусайган

В. Уртача

Г. Узгармаган

Д. Барча айтилган холатлар

21. Меъда-ичак касаллиги туфайли юзага келадиган асоратлар:

А. Кон кетиши

Б. Стеноз (торайиши)

В. Перфорация (тешилиши)

Г. Пенетрация (бошка аъзоларга утиши)

*Д. Хамма айтилганлар **

22. Сурункали ошказон яллигланиши хасталигининг юзага келтиришга куйидаги омиллардан кайси бири купрок сабаб булади?

*А. Овкатлантириши маромининг бузилиши **

Б. Касбий омил

В. Дориларни куп кабул килиши

Г. Овкатдан захарланиши

Д. Хамма айтилганлар

23. Сурункали панкреатитда ахлат канака куринишда булади?

*А. Суюк, "ёгли" **

Б. Суюк, кутикли

В. Узгармаган

Г. Ахолия

Д. Плейохромия

24. Жигар пальпатсиясида "айзберг" белгисини аникланиши характерли :

*А. Жигар циррози учун **

Б. Сурункали гепатит учун

В. Усма касалликлари учун

Г. Метастаз учун.

Д. Жигар ехинококи учун

25. Сурункали панкреатитда огрикнинг характери :

*А. Симилловчи, белбогсимон **

Б. Гуружсимон

В. Баъзан

Г. Мавсумий

Д. Санчикли

26. Нормада жигарнинг пальпатор белгилари :

*А. Юмишок, огриксиз, кирраси юмалок **

Б. Юмишок, кирраси уткир

В. Каттик, огриксиз

Г. Огрикли, кирралари уткир

Д. Огрикли, гадир-будур

27. “Медуза боши” симптоми кузатилади

*А. Портал гипертензияда **

Б. Жигар етишмовчилигида

В. Жига-буйрак етишмовчилигида

Г. Геморрагик синдромида

Д. Сариклик синдромида

28. Сурункали холециститга хос белги:

*А. Огиз, тилни ачиши, огизда тахирлик **

Б. Кукариш

В. Огизда металл таъмини сезиш

Г. Жигилдон кайнаши

Д. Сафро билан кайд килиш

29. Астеникларда жигарнинг пастки кирраси кандай узгаради :

*А. 1 см пастга тушган **

Б. 2 см пастга тушган

В. Узгармаган

Г. 3 см пастга тушган

Д. 1 см юкорига кутарилган

30. Гиперстеникларда жигарнинг пастки кирраси кандай узгаради :

А. 1 см пастга тушган

Б. 2 см пастга тушган

В. Узгармаган

Г. 3 см пастга тушган

*Д. 1 см юкорига кутарилган **

БУЙРАК ВА СИЙДИК АЖРАТИШ ТИЗИМИ

Шикоятлар

Буйрак касалликлари билан беморлар бел сохасидаги огрикларга, сий-дик ажралишининг бузилишига, шишларга, бош огриши ва бош айланишига шикоят килади. Шунингдек, беморларда иккиламчи шикоятлар куринишида юрак сохасида огриклар, хансираш, курув кобилиятининг бузилиши, кунгил айтиш, кусиш, тана хароратини кутарилиши, иштахани бузилиши каби шикоятлар ҳам учрайди. Бирок, баъзи бир касалликлар (гломерулонефрит, пилеронефрит, сийдик-тош касаллиги) беморларда узок вақтгача яширин кечиб, алохида белгиларни юзага келтирмайди.

Огриклар. Беморлар огрикка шикоят килганда дастлаб унинг жойлашган жойини аниклаш керак: буйракларга хос огриклар бел сохасида, сийдик чикарув йулига хос огриклар унинг йуналиши буйлаб, сийдик пуфагига хос огриклар эса ков усти сохасида жойлашади. Сийдик-тош касаллиги хуружи пайтида огриклар пастга, ораликка таркалади. Шунингдек, огрикнинг харақтерига ҳам эътибор берилади. Маълумки, буйрак туқимасида сезувчи нерв толалари булмайди, огрик эса буйрак капсуласини ёки буйрак жомининг тарангланиши натижасида улардаги сезувчи толаларнинг таъсирланишидан келиб чиқади. Бел сохасидаги симилловчи огриклар уткир гломерулонефритда, буйрак атрофи клетчаткаси абсцессида, сурункали пиелонефритда, юрак декомпенсациясида кузатилади. Бел сохасидаги бир томонлама уткир, кучли огриклар буйрак инфарктида булиши мумкин. Бундай огриклар бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади, кейинчалик аста-секин пасаяди. Бел сохасидаги кучли огриклар уткир пиелонефритда ҳам кузтилиши мумкин. Бу хилдаги огриклар доимий харақтерда булиб, яллигланиш шиши туфайли сийдикни буйрак жомидан сийдик йулига утишининг кийинлашуви, унинг деворини тарангланиши натижасида юзага келади. Бел сохасидаги кучли хуружсимон огриклар буйрак тош касаллигида учрайди (буйрак санчиги). Бу хилдаги огриклар тошни сийдик йулига тикилиши ёки жойи узгариши натижасида юзага келади. Бунда сийдик йули спастик кискариб, сийдик буйрак жомида йигила бошлайди ва унинг тарангланишига сабаб булади. Натижада юзага келган огрик узига хос куринишда, яъни сийдик чикарув йули, кориннинг пастки кисми, жинсий аъзолар ва ораликка таркалади. Огрикларни бу хилдаги таркалиши орка мия сегментларидан чиккан сезувчи нерв толалари оркали импульсларни тери копланларининг тегишли кисмларига таркалишига сабаб булади. Буйрак санчиги вақтида беморлар нихоятда безовта булиб, узларини куйишга жой топа олмайди. Огрикларни енгиллаштириш учун хар хил вазиятни эгаллаши мумкин. Шунингдек, беморлар огрикка шикоят килганда огрик нимадан кейин бартараф булиши ёки камайишига ҳам эътибор бериш керак. Масалан, буйрак санчигидаги огриклар

иссик грелка ёки иссик ванна қабул қилгандан кейин, спазмолитиклар инъекциясидан сунг камаяди. Аксинча, паранефритдаги уткир огриклар бел соҳасига қуйилган музли халтача таъсирида камаяди.

Сийдик ажралишини бузилиши. Маълум вақт оралигида ажралиб чиққан сийдикка диурез дейилади. Диурез мусбат ва манфий қуринишда бўлиши мумкин. Мусбат диурез – бу қабул қилинган суюқликка нисбатан сийдик микдорини купрок ажралиши. Бу ҳолат диуретиклар қабулидан кейин, шишлар камайишида кузатилади. Манфий диурез – қабул қилинган суюқликка нисбатан сийдик микдорини кам ажралиб чиқиши. Нормада соғлом кишиларда манфий диурез кузатилади. Физиологик қуринишдаги манфий диурез эса куп терлаш, кам суюқлик истеъмол қилиш натижасида юзага келади. Сийдик ажралишининг бузилишига дизурия дейилади. Дизурия қуйидаги қуринишларда бўлиши мумкин:

- Полиурия – суткалик сийдик микдорини 2 л.дан ортиқ бўлиши. Полиурия буйракларга боглик ёки боглик бўлмаган қуринишда бўлади. Юрак ёки буйрак шишларини диуретиклар таъсирида камайиши сийдик микдорини куп ажралишига сабаб бўлади. Юқори нисбий зичликка эга бўлган узок давом этувчи полиурия қандли диабет билан касалланган беморларга хос. Бунда сийдик таркибида глюкоза микдорини ошиши сийдикнинг осмотик босимини оширади, натижада буйрак каналчалари орқали сувнинг қайта сурилиши издан чиқади. Қандсиз диабетда эса гипофиз орқа бўлагидан ажралувчи антидиуретик гормоннинг етишмаслиги натижасида ажраладиган сийдик микдори ошсада, солиштирма сизими узгармайди. Буйрак касалликларида эса юзага келадиган полиурия солиштирма сизимининг пасайиши ёки нихоятда пасайиши (гипостенурия) қуринишида бўлади. Бу ҳолат сурункали гломерулонефрит, пиелонефрит, буйрак атеросклерозида, буйрак каналчаларининг бўжмайиши ва буйрак фаолиятининг етишмовчилиги натижасида юзага келади.
- Олигурия – суткада ажраладиган сийдик микдори 500 млдан кам бўлади. Буйракка боглик бўлмаган олигурия нихоятда чегараланган қуринишда суюқлик қабул қилганда, иссик климат таъсирида, куп терлашда, куп қусишда, диареяда, буйрак декомпенсациясида учрайди. Бирок, буйракка боглик бўлган олигурия буйрак ва сийдик чиқарув йуллари касалликларида (уткир нефрит, уткир захарланиш) қоптоқча фильтрациясини издан чиқиши натижасида кузатилади.
- Анурия – сийдикни бутунлай ажралмаслиги. Бир неча кун давом этадиган анурия бемор ҳаёти учун нихоятда хавфли. Секретор қуринишдаги анурия буйракларда фильтрация жараёнини кескин бузилиши, буйрак фаолиятини уткир етишмовчилиги туфайли юзага келади. Бу ҳолат асосан уткир гломерулонефритда, уткир нефронекрозда (нефротоксик моддалар таъсирида захарланиш), уткир юрак етишмовчилигида, массив қуринишда қон йукотилганида ва шок ҳолатида учрайди.

Экскретор куринишдаги анурия сийдик йуллари оркали сийдик ажралишининг бузилиши натижасида кузатилади. Купинча бу хилдаги анурия буйрак санчиги билан биргаликда келади. Сийдик-тош касаллиги, сийдик йуллари усма касалликлари, сийдик чиқарув йули стриктуралари сийдикни экскрециясини издан чиқишига сабаб бўлади.

- Ишурия – сийдикни рефлекс равишда сийдик копида тутилиб қолиши. Бу ҳолат орқа миёна касалликларида, кома ҳолатларида учрайди.
- Поллакиурия – сийдик ажралишини тезлашиши. Соғлом кишиларда сутка давомида сийдик ажралиши уртача 4-7 мартани, ажраладиган сийдик миқдори эса уртача 200-300 млни ташкил қилади. Бироқ, сийдик ажралишини сони ва миқдори турлича куринишда ўзгариши мумкин. Овқат ва суюқликни кам истеъмол қилиш, қўп терлаш, ҳароратни қутарилиши сийдик ажралишини камайишига сабаб бўлади; суюқликни қўп истеъмол қилиш, совуқ қотиш сийдикни тез-тез ажралишига олиб келади.
- Странгурия – ажралаётган сийдик миқдорини кам ва оғриқли бўлиши. Бу ҳолат асосан уткир циститда кузатилади.
- Изурия – сийдикни маълум, тенг, бир хил вақтлар оралиғида ажралиши.
- Никтурия – тунги сийдик миқдорини кундузги сийдикка нисбатан устунлик қилиши. Нормада соғлом кишиларда суткалик сийдикнинг $\frac{2}{3}$ қисми кундузи, $\frac{1}{3}$ қисми эса кечкурун ажралади. Кундузги олигурия фонида никтурияни бўлиши юрак касалликларига ҳос бўлиб, у горизонтал ҳолат (тун) да буйрак фаолиятини яхшилаши билан изохланади. Полиурия фонидаги никтурия эса буйрак касалликларига ҳос бўлиб, сурункали буйрак етишмовчилигидан далолат беради. Буйрак касалликларига ҳос бўлган изурия ва никтурия ҳолатлари сийдик солиштирма сизимининг паст ва бир хил (монотон гипоизостенурия) куринишда бўлиши билан характерланади. Бу белги буйракларнинг концентрацион фаолияти етишмовчилигини курсатади.

Шишлар. Буйрак касалликларига ҳос бўлган шишлар юз соҳасида, асосан юқори ва пастки қовқоқ соҳасида кузатилади. Буйрак шишлари утки рива сурункали гломерулонефритда, нефротик синдромда, буйрак амилоидозиди, уткир буйрак етишмовчилигида учрайди. Беморлардан сураб-суриштиришда шишлар қадардан бошланганлиғига, қадарга тарқалганлиғига ва қандай авж олиб борганлиғига эътибор бериш қарар.

Анамнез. Беморлардан анамнез йиғиш жараёнида уларда юзага келган касалликни бирор хил куринишдаги инфекциялар билан боғлиқлигини аниқлаш қарар. Аммо қўпчилик ҳолларда буйрак ва сийдик чиқарув йули касалликлари яширин кечиб, беморлар уларни бошланиши-ни бирор бир ҳолат билан боғлай олмайдилар, касалликнинг қачон бошланган-лигини ҳам

аник курсата олмайди. Сийдик ажратиш аъзолари касалланган беморларни сураб –суруширганда бир канча маълумотлар хасталикни келиб чиқиш сабабларни аниклашда муҳим аҳамиятга эга . Булар:

- Касаллик бошланмасдан олдин бемор турли ўткир ва сурункали юқумли касалликларни (ангина, скарлатина, отит, гайморит, ва б.қ..) бошидан кечирганлиги:
- Бутун ҳаёти давомида буйрак, ковуқ, йулларининг касалликлари(уткир нефрит, уткир цистит, питеелит ва бошқ) ёки уларнинг баъзи белгилари (шишлар, тез-тез сийиш, бел соҳасида огриклар) кузутилганлиги
- Турли ентоксикациялар, захарланишлар булган булмаганлиги
- Беморнинг иш шароитидаги , турмуш шароитидаги турли нохушликлар (елвизаклар, совукда қолишлар зах жойида ишлаш, ётиш, юпка кийиш ва бошқ):
- Оиласида ёки узида упка ва бошқа аъзолар туберкулёз булган-булмаганлиги :
- Наслий маълумотлар, яъний бошқа ойила азоларининг буйрак касаллиги бор-йуклиги:

Аёлларда ҳомиладорликлар сони, ҳомиладорлик вақтида токсикоз ҳолатининг булганлиги ва бошқалар

Беморларда утмишда бирор хил қуринишдаги буйрак ёки сийдик йули касалликлари булганлигига, уларга хос булган бирор хил белги безовта қилганлигига (дизурия, шиш, сийдикни қизил рангда ажралиши, буйрак санчиги) эътибор берилади. Шунингдек, беморлар қабул қилган дори-воситалари, турлари ҳам суралади. Беморларда касаллик қандай қуринишда бошланганлиги, қандай кечганлиги, утказилган даво муолажаларининг самарадорлиги ҳам урганилади. Шунингдек, беморларнинг яшаш, ишлаш шароити, бошидан кечирган касалликлари (остеомиелит, бронхоэктаз, сил), сийдик ва ут йулларига утказилган жарроҳлик муолажалар сураб-суриштирилади.

Куздан кечириш

Буйрак ва сийдик чиқариш йуллари касалликлари билан беморларни куздан кечиришда қуйидагиларга эътибор бериш лозим:

- Беморнинг аҳоли – касалликнинг кечиши ва буйракларнинг функционал ҳолатига қура беморларнинг умумий аҳоли қоникарли, уртача огирликда ёки ниятда огир бўлиши мумкин.
- Беморнинг эс-хуши – буйрак касалликларининг терминал босқичида, уремик комада беморларни эс-хуши узида бўлмайди.
- Беморнинг вазияти:
 - а. актив ҳолатда – буйрак фаолияти сақланиб қолганда;
 - б. пассив ҳолатда – буйрак фаолияти етишмовчилиги, уремик комада;

в. мажбурий ҳолатда – бемор уз ахволини енгиллаштириш учун мажбурий ҳолатни эгаллайди: бемор оёқларини сон-чанок ва тизза бугимида буклаган ҳолда коринга яқинлаштириб касал томони билан ётиши уткир паранефритда кузатилади; бемор безовталаниб, турли хил вазиятларга утиши, утириши, туриши, огрикдан кичкириши буйрак санчиги учун характерли. Уремик комада, буйрак эклампсияси ва хомиладорлик нефропатияларида беморларда мушаклар кискариши кузатилади.

- Шишлар – буйрак касалликларида беморларни юз ифодаси узига хос куринишни эгаллайди: тери копламлари окимтир, юз кисмида, кузлар атрофида шиш, куз ёриги торайган (facies nephritica 52- расм).

Кейинчалик шишлар тананинг пастки кисмларига, корин бушлигига, тери ости ва сероз бушликларида таркалади (анасарка).

Тери копламларининг ранги – сурункали гломерулонефритнинг шишли формасида теридаги артериолаларнинг спазми ва анемиянинг кушили-ши натижасида тери копламлари окимтир куринишни эгаллайди. Буй-рак амилоидози липоидли нефрозда тери копламлари шамсимон кури-нишни эгаллайди. Шунини алоҳида таъкидлаш керакки, буйрак касаллик-ларидан фаркли равишда юрак касалликларига хос булган шишлар тур-ли хил даражадаги цианоз билан кечади.

Куйидаги жадвалда буйрак ва юрак шишларининг узаро фарклари келтирилган.

1-жадвал

Юрак ва буйрак шишларининг узаро фарки

Фарклари	Буйрак шишлари	Юрак шишлари
Шишларнинг дастлабки жойлашган жойи	Юз кисмида, асосан эрталаблари	Оёқларда, асосан кечкурунга караб
Касалликнинг кейинги боскичларида шишнинг жойлашган жойи	Хамма жойда: - юзда - танада - оёк ва кулларда	Пастки сохаларда: - оёк ва болдир кисмида - бел сохасида
Тери ранги	Окимтир	Кукимтир
Пайпаслаганда	Юмшок	Каттик

Сурункали нефрит сурункали буйрак етишмовчилиги – уремия билан асоратланганда тирнаш излари, тили курук, кулранг жигарсимон тусдаги караш билан копланган, огиздан аммиак хиди (foetor uremicus) сезилиб туради.

- Бел соҳасида катта шишлар – сурункали буйрак етишмовчилиги юрак кон-томир касалликлари натижасида юзага келганда кузатилади.

Пальпация

Буйраклар корин бушлигининг орка деворида жойлашганлиги сабабли соглом кишиларда кулга пайпасланмайди. Корин таранглиги сусайган, озгин кишиларда ва буйраклар бирмунча пастга тушган булса, соглом кишиларда ҳам буйраклар пайпасланади. Буйраклар уз хажмига нисбатан 1,5-2 марта катталашган такдирдагина (киста, усма, поликистоз), буйраклар осонгина кулга уннайди.



52 – расм. «Буйрак юзи» куриниши

Буйракларнинг физиологик ҳаракатчанлиги нормада 2-3 смни ташкил килади. Бу ҳаракатчанлик проксимал ва дистал йуналишда бемор тана вазиятини вертикал ва горизонтал ҳолатларга узгартирганда ва нафас ҳаракатлари пайтида юзага келади. Буйракларнинг бу пассив ҳаракатлари уларни пайпаслаб куришда муҳим аҳамиятга эга. Буйракларни пайпаслаб куриш беморнинг горизонтал ва вертикал ҳолатларида утказилади.

Буйракларни горизонтал ҳолатда пайпаслаб куриш Образцов-Стражеско усули буйича олиб борилади (расм 53). Бунинг учун бемор каттик жойга чал-



53 – расм. Горизонтал ҳолатда унғ буйракни пальпация қилиш.

канчасига ётқизилади, бош қисми нисбатан пастрок, қорин пресси бушаштирилган, қулла қуқрак қафасига эркин ҳолда қуйилади, оёқлар узатилган.

Шифокор беморнинг унғ томонидан ёндошади. Чап қулини бел соҳасига, XII – қовургадан биров пастрокда қуяди, бунда бармоқлар умуртка поғонасига яқинроқ бўлиши керак. Чап буйракни пайпаслаб қуриш учун эса чап қул бел-нинг чап ярмига қуйилади. Унғ қул қорин деворининг қовурга ёйи остига перпендикуляр равишда қориннинг ташқи тугри мушагидан ташқи томонга қуйилади. Бемордан қорин мушакларини бушаштиришни ва бир текисда чуқур нафас олиш суралади. Бу вақтда шифокор унғ қулини нафас чиқарган вақтда аста-секинлик билан чуқур қиритиб бориб, қориннинг орқа деворига яқинлаштиради, чап қул эса бир вақтнинг узида бел соҳасидан унғ қул бармоқлари йуналишига қараб яқинлаштирилади. Шифокор қуллини (бимануал) максимал яқинлаштирач, бемордан қорин орқали чуқур ва эркин нафас олиш (қорин деворини таранглаштирамасдан) суралади; бу ҳолатда агар буйраклар пастига тушган ёки қатталашган бўлса унинг пасти қирралари тек-ширувчи бармоқлари остидан утади. Бармоқлар буйракларни пайпаслаганда врач бармоқлари билан буйракларни қориннинг орқа деворига енгил босади ва унинг олдинги юзаси бўйлаб пастига қараб бармоқларини сирпантиради. Буйраклар қупроқ пастига тушганда врач унинг пасти ва юқори қиррасини ҳамда олдинги юзасини тулик пайпаслайди. Натижада буйракларнинг форма-си, қатталиги, юзасининг характери (силлик, гадир-будир), оғрик борлиги, ҳаракатчанлиги ва қонсистенцияси ҳақида фикр қуриши мумкин.

Буйраклар катталашганда ёки пастга тушганда Гюйон таклиф килган баллотирловчи пальпация усулидан фойдаланилади. Бунинг учун унгул бармоклари унгу ковуруга ёйи остида орканинг узун мускули ва ковуруга равоги уртасидаги бурчак сохасига куйилади ҳамда чапул бармоклари ёрдамида бел сохаси томонидан киска, тез зарбалар берилади. Агар буйраклар катталашган ёки пастга тушган булса, унгул бармоклари буйракларни узига хос тебранишини хис килади. Сийдик йули оркали сийдик ажралиши бузилганда, буйрак жомиди йигилган сийдик ёки йирингни пальпация қилиш йўли билан аникланади.

Шифокор буйракларни пальпация оркали аниклаганда, уни хакикатдан ҳам буйрак эканлигига ишонч хосил қилиши керак, чунки буйрак атрофи клетчаткаси усмалари (липома, фиброма), катталашган жигарнинг унгу булагиди, ут пуфагиди (унгу буйрак урнида), катталашган талок (чапул буйрак урнида) пайпасланди деган хатоликка олиб қилиши мумкин. Буйраклар узига хос ловиясимон шаклга, силлик юзага, юкорида сирганувчанлик ва харакатчанлик, тебраниш хусусияти (баллотирланиш) га эга. Бирок, юкорида санаб утилган белгилар нисбий ахамиятга эга. Масалан, буйрак усма касалликларида унинг харакатчанлиги чегараланган, юзаси нотекис, консистенцияси каттиклашади.

Буйракларни вертикал (тик турганда) холатда пайпаслаб қуриш Боткин С.П. усулида олиб борилади. Бу усулда ҳам пальпациянинг юкорида курсатилган коидаларига риоя қилинади. Бемор врачга юзланиб, танасини бироз олдинга эгади. Врач стулда утирган холда пайпаслаб қуради (пальпация техникаси юкорида айтиб утилди).

Буйракларни пастга тушиши нефроптоз дейилади. Нефроптознинг 3 та даражаси тафовут қилинади:

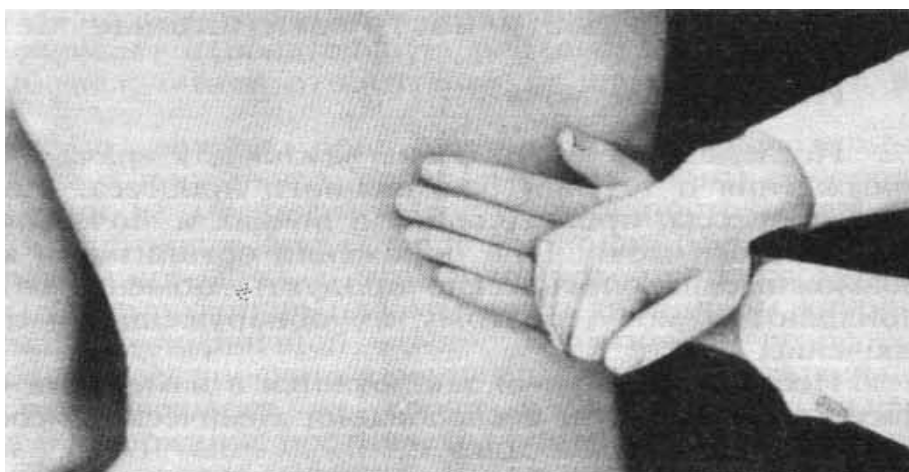
- I-даража – буйракларни факатгина пастки кирраси кулга уннайди (ren palpabilis).
- II-даража – буйракларни ҳамма қисми пайпасланади, буйраклар харакатчан (ren mobilis).
- III-даража – буйраклар турли йуналишда эркин харакат килади, хатто, умуртка погонасидан карама-карши томонга ёки пастга тушиши мумкин (ren migrans).

Перкуссия

Соглом кишиларда буйракларни тукиллатиб қуриш маълум қийинчиликларни юзага келтиради, чунки буйраклар тимпаник товуш берувчи ичаклар билан уралган.

Буйракларни перкуссия усули ёрдамида текшириш учун Пастернацкий усулидан фойдаланилади (54-расм). Бунинг учун врач чапулини бел сохасига буйраклар устига ковуругаларга параллел равишда қуяди ва унгу кул кафтининг кирраси билан чапул кул устига киска ва тез зарбалар беради. Агар бу

пайтда бемор огрикни сезса, Пастернацкий симптоми мусбат, аксинча булса манфий деб каралади. Пастернацкий симптомининг мусбат булиши сийдиктош касаллигида, паранефритда, буйрак паренхимасида яллигланиш булганда кузатилади.



54 – расм. Пастернацкий симптомини аниклаш.

Юқорида буйрак ва сийдик йуллари касалликларида учрайдиган асосий физикавий текширишлар устида тўхталиб ўтилди, бу ташҳис қўйиш боскичининг муҳим жараёнларидан бири булиб ҳисобланади.

БУЙРАК ВА СИЙДИК АЖРАТИШ ТИЗИМИ ЮЗАСИДАН МАВЗУНИ МУСТАХКАМЛАШ УЧУН ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. Уткир гломерулонефритнинг диагностикаси учун сийдик анализида куйидагининг устунлиги хос
 - А. эритроцитлар **
 - В. тузлар*
 - С. лейкоцитлар*
 - Д. сийдик кислоталар*
 - Е. эпителий жужайралари*
2. Буйрак фаолиятининг функционал бузилиши белгисига кирмайди
 - А. олигурия*
 - В. сийдикнинг нисбий зичлиги камайиши*
 - С. кондаги колдик азотнинг ошиши **
 - Д. Гиперстенурия*
 - Е. Полиурия*

3. Соғлом одамларда плазмадаги ренин даражасининг курсаткичи бу-

A. 0,2-2,7нг/мл/соат

B. 1-1,0нг/мл/соат

*C. 1,5-4,0нг/мл/соат **

D. 1,5-5,6нг/мл/соат.

E. тугри жавоб йук

4. Соғлом кишиларда буйраклардаги кон айланишининг нормал курсаткичини курсатинг

A. 1400-1500мл/мин

*B. 1100-1300мл/мин **

C. 1000-1100мл/мин

D. 1500 ва ундан ортик

E. хмама жавоб тугри

5. Соғлом кишиларда буйраклардаги плазма нормал курсаткичини айтинг

A. 750-800мл/мин

*B. 600-655мл/мин **

C. 850-900мл/мин

D. 950-1000мл/мин

E. 1000-1050мл/мин

6. Куйидагилардан кайси бири нефротик синдром учун характерли эмас

A. массив шишлар

B. массив протеинурия

C. гиперлипидемия

*D. гиперурекимия **

E. гипопроотеинурия

7. Сийдикнинг физик хоссаларига киради:

A. оксилни аниклаш, кандни аниклаш

B. кетон таначаларини аниклаш

*C. сийдик ранги, микдори, зичлиги, реакцияси **

D. сийдик микдорини аниклаш

E. сийдик рангини аниклаш

8. Полиурия нима?

A. сийдик камайиши.

B. сийдикда оксилнинг пайдо булиши.

C. сийдик рангининг узгариши

*D. сийдикнинг куп ажралиши **

E. сийдик рангини узгариши

9. Буйрак етишмовчилигида тери кичиши сабаби.

- А. гиперхолестеринемия*
- В. гиперазотемия **
- С. гипергаммаглобулинемия*
- Д. гиперальбуминемия*
- Е. гиперурикемия*

10. Нефротик синдром бу:

- А. протеинурия, гиперпротеинемия, гиперлипидемия*
- В. шии, гипопроteinемия, гиперлипидемия, протеинурия **
- С. шии, гиперхолестеринемия, протеинурия*
- Д. гипоальбуминемия, протеинурия, шии, гипертония*
- Е. диспротеинемия*

11. Сурункали пиелонефритда сийдикдаги ўзгаришлар:

- А. лейкоцитурия **
- В. гематури,*
- С. цилиндрурия*
- Д. протеинурия*
- Е. глюкозурия*

12. Буйрак касалликларида огрик харктерланади.

- А. Буйрак тукумасининг шии*
- В. Яллигланиш жараёнининг борлиги*
- С. Буйрак капсуласи еки жомчасининг чузилиши*
- Д. буйрак тукумасида огрик рецепторларининг борлиги*
- Е. хаммаси тугри **

Д.

13. Дагал перикард шовкини характерли.

- А. нефротик синдром учун*
- В. гипертензион синдром учун*
- С. сурункали буйрак етишмовчилигининг терминал фазаси учун **
- Д. гломерулонефритнинг латент формаси учун*
- Е. уткир буйрак етишмовчилиги учун*

14. Пальпацияда аниқланадиган “ҳаракатчан буйрак” нефроптозни қайси даражасига хос:

- А. 1 даража*
- В 2-даража**
- С. 3-даража*
- Д. буйрак нуқсони*
- Е. тугри жавоб йук*

15. Странгурия бу:

- А. кийин ,огрикли сийдик ажралиши **
- В. кечкурунги сийдик микдорининг кундузгига нисбатан устунлиги*
- С. сийдикни куп ажралиши*
- Д. тез-тез сийдик ажралиши*
- Е. сийдик ажралмаслиги*

16. Поллакурия бу:

- А. кечкурунги диурезнинг кундузгига нисбатан устунлиги*
- В. сийдик ажралмаслиги*
- С. сийдикнинг тез-те зажралиши **
- Д. суткалик сийдик микдорининг купайиши*
- Е. суткалик сийдик микдорининг камайиши*

17. Диурез бу:

- А. маълум вақт мобайнида сийдик ажралиши **
- В. сийдикнинг тез-тез ажралиши*
- С. сийдик кам ажралиши*
- Д. сийдик куп ажралиши*
- Е. сийдикни огрикли ажралиши*

18.Макрогемотурия характерли:

- А. ўткир гломерулонефрит **
- В. Сурункали пиелонефритда*
- С. буйрак тош касаллигида*
- Д. буйрак амилоидозид*
- Е. буйрак силида*

19. Суткалик сийдик микдорини ошиши қандай номланади?

- А. олигурия*
- В. полиурия**
- С. никтурия*
- Д. ишурия*
- Е. поллакиурия*

20. Суткалик сийдик микдорининг камайиши бу:

- А. анурия*
- В. никтурия*
- С. полиурия*
- Д. дизурия*
- Е. олигурия **

21. Сийдик ажралишнинг бузилиши бу:
- А. гипостенурия*
 - В. изостенурия*
 - С. дизурия **
 - Д. никтурия*
 - Е. диурез*
22. "Буйрак санчиғи" хуружи характерли
- А. буйрак амилаидози учун*
 - В. буйрак сили учун*
 - С. ут-тош касаллиги учун*
 - Д. буйрак тош касаллиги учун **
 - Е. тугри жавоб йук*
23. "Буйрак юзи" характерли:
- А. ўтқир гломерулонефритга**
 - В. Сурункали гломерулонефритга*
 - С. Буйрак тош касаллигига*
 - Д. сурункали пиелонефрит*
 - Е. паранефритга*
24. Гипоизостенурия қуйидагига хос:
- А. ўтқир заҳарланиш*
 - В. Ўтқир гломерулонефрит*
 - С. Ўтқир буйрак етишмовчилиги*
 - Д. сурункали буйрак етишмовчилиги**
 - Е. сурункали пиелонефрит*
25. Сийдикни лойқа кўринишда ажралиши қуйидагига хос:
- А. протеинурия **
 - В. гематурия*
 - С. цилиндрурия*
 - Д. кетонурия*
 - Е. глюкозурия*
26. Буйрак шишлари бошланади:
- А. кўз атрофи, юз қисмидан **
 - В. оёқлардан*
 - С. Фақат юздан*
 - Д. бел соҳадан*
 - Е. бараварига тана бўйлаб*
27. Бир суткада меъёрий сийдик миқдори канча?

*A. 1500-2000 мл **

B. 500-800 мл

C. 200-500 мл

D. 500-1000 мл

E. 2000-3000 мл

28. Буйрак шишлари консистенцияси одатда :

*A. юмшоқ **

B. қаттиқ

C. ўртача

D. тугри жавоб йук

29. Буйрак шишларининг пайдо булишида катнашмайди.

A. онкотик босимининг пасайиши

B. ренин-алдостерон тизимининг фаоллашуви

C. капиллярлар девори утказувчанлигининг ошиши

D. Антидиуретик гормон ошиши

*E. коптокча фильтрациясининг ошиши**

30. Пастернацкий симптоми мусбат бўлиши хароактерли эмас:

A. буйрак тош касаллиги

B. Ўткир гломерулонефрит

C. паранефрит

*D. амилоидоз**

E. ўткир пиелонефрит

ҚОН ЯРАТУВЧИ АЪЗОЛАР ТИЗИМИ

Шикоятлар

Қон яратувчи аъзолар касалликларида беморларнинг шикоятлари умумий қуринишда бўлиб, буларга қуйидагилар киради: холсизлик, тез чарчаш, бош айланиши, енгил жисмоний зуриқишда хансираш, юрак тез уриши, иш қобилиятининг пасайиши. Биз қуйида қон тизими касалликларидаги асосий шикоятлар устида тухталамиз:

Ҳароратни кутарилиши (febris) – гемолитик анемияларда, В12 танқис анемияларида субфебрил қуринишда кузатилади. Ҳароратни кутарилиши эритроцитлар парчалиниши махсулотларини организмга пироген таъсир қурсатиши билан изоҳланади. Унчалик баланд бўлмаган субфебрил ҳарорат бошқа турдаги анемияларда, темир танқислиги камқонлигида ҳам компенсатор равишда асосий модда алмашинувини ошиши натижасида юзага келади. Уткир ва сурункали лейкозларда кузатиладиган уртача ва юқори ҳарорат лейкоцитлар парчаланиши натижасида ҳосил буладиган пурин асосларини пироген таъсири натижасида деб тушунтирилади. Шунингдек ҳароратнинг кутарилиши лейкозларда, айниқса унинг терминал босқичида иккиламчи инфекциянинг қушилиши ёки некротик яра жараёнларини ҳосил бўлиши туфайли кузатилади. Лимфогранулематозда ҳарорат 8-15 кун давомида тулқинсимон кутарилиб, кейин пасаяди;

Тери кичиши – қон тизими касалликларида бу белги касалликнинг ягона қуриниши тарзида касалликка хос бўлган бошқа белгилардан олдин пайдо бўлади (лимфогранулематоз). Шунингдек тери кичиши сурункали лимфалейкоз, эритремияда етакчи белгилардан бири сифатида учрайди;

Иштаҳанинг пасайиши ва озиш – қон тизимининг купгина касалликларида бу белгилар хаттоки қаҳексия даражасигача кузатилади. Айниқса озиш сурункали лейкоз, ёмон сифатли лимфомалар, лимфосаркоматозда учрайди. В12 танқислиги анемиясида тилнинг учида ва унинг қирраларида қуйишиш ҳисси кузатилади. Темир танқис анемияларида эса иштаҳа узгарган қуринишда бўлади: беморлар бур, кесак, қумир қаби одатда ейилмайдиган нарсаларни ёки бензин, эфир, ацетон қабиларни ҳидини ҳуш қуради (pica chloratica);

Геморрагик ҳолатлар – қон касалликларида, айниқса геморрагик диатезлар, миелопластик синдром ва лейкозлар турли хил қуринишдаги геморрагик синдром билан характерланади: уз-уздан ёки арзимас сабаблар туфайли тери ва шиллиқ пардаларда геморрагик тошмалар пайдо бўлади, ошқозон ичак трактидан, ўпкалардан, буйракдан, бачадондан, милклардан ва бурундан қон кетиш ҳолатлари кузатилади. Гемофилияда ва антикоагулянт воситалар дозаси ошиб кетганда тери ва шиллиқ пардалардаги енгил жароҳатлар узок давом этувчи қон кетишларга сабаб бўлади;

Суякларда огрик (ossialgia) – суяк кумигида хужайраларни гиперплазияси ва пролиферацияси билан кечадиган касалликларда (уткир лейкоз, сурункали миелолейкоз, эритропения) беморлар суякларда, асосан ясси типдаги суякларда огриклар борлигига шикоят қилади. Бу огриклар уз-уздан юзага келиши ёки суякларга енгил туртки бериш ва босиш таъсирида кучайиши мумкин. Уткир лейкозда беморлар ютиниш пайтида томок соҳасида огрик булишини айтади. Бунга сабаб бодомча безларда юзага келадиган некротик яралар булиб ҳисобланади;

Чап ковурга остида огрик – патологик жараёнга талок ҳам иштирок этаётганлигини курсатиб берувчи белги. Огриклар талок туқимасини бирданга катталашуви ва талок капсуласини таранглашуви натижасида юзага келади (юррак декомпенсацияси, талок венаси тромбози). Талокнинг кескин катталашуви (сурункали миелолейкоз, жигар циррози) чап ковурга остида огирлик ва тарангланиш ҳисси билан биргаликда кечади. Чап ковурга остидаги уткир огриклар периспленитда кузатилиб, чуқур нафас олганда ва йўталганда кучаяди. Бирок нихоятда кучли, интенсив огриклар талок инфарктида ёки унинг ёрилишида кузатилади;

Ўнг ковурга остида огрик ва огирлик ҳиссини булиши – сурункали лейкозларда жигар туқимасида ҳам миелоидли ёки лимфоидли метоплазия туфайли жигарнинг катталашуви натижасида юзага келади. Ўнг ковурга остидаги санчиксимон огриклар эса гемолитик анемияларда (гемолитик криз) учрайди. Бу хилдаги огриклар гипербилирубинемия натижасида ут пуфаги ёки ут йулларида билирубин тошларини ҳосил булиши билан изоҳланади.

Анамнез. Беморларни сураб-суриштиришда касалликни ривожланишига сабаб булувчи омилларни урганишга алоҳида эътибор берилади. Беморларда у ёки бу қуринишдаги белгиларнинг қачон пайдо булганлиги, уларнинг динамикаси, текшириш ва даволаниш самаралари урганилади. Беморларнинг ҳаёт анамнезида эса уларнинг яшаш тарзи, овқатланиш тартиби, иш шароити (огир металл тузлари билан захарланишлар) алоҳида урганилади. Шунингдек, бошидан кечирган касалликларига эътибор берилади, чунки купгина аъзолар касалликларида аниқ ёки латент қуринишдаги қон кетишлар (ҳазм трактидан, бронхоэктаз, ўпка сили) камқонликларга сабаб булиши мумкин. Ошқозон ва ичак касалликлари буйича утказилган хирургик муолажалар (резекция) темир танқис ва В12 камқонликларига олиб келади. Сурункали жигар касалликлари ёки беморлар томонидан асоссиз равишда сульфаниламидлар, цитостатиклар, антибиотикларнинг қабул қилиниши турли хил қуринишдаги геморрагик синдромга сабаб булиши мумкин.

Куздан кечириш

Қон тизими касалликларида беморларни умумий куздан кечиришда энг аввало уларнинг аҳволига ва эс-хушига эътибор берилади. Умумий аҳволининг нихоятда огир булиши, хушнинг узида булмаслиги қон тизимини турли

касалликларининг терминал боскичларида кузатилади: кучайиб борувчи анемиялар, миелоидли аплазия, лейкозлар.

Тери ва шиллиқ пардаларни куздан кечириш табиий ёруглик таъсирида олиб борилади. Асосан тери копламларининг рангига эътибор берилади: тери копламлари ва шиллиқ пардаларнинг окимтир рангда булиши турли хил анемиялар учун хос булган белги, лекин бу белги турлича куринишда булиши мумкин. Масалан, ювенил хлорозда тери копламлари окимтир-ер рангини эгаллайди, баъзан яшил тусли куринишда булади. В12 танкислиги камқонлигида тери копламлари саргимтиррок, шамсимон куринишда, гемолитик анемияларда эса тери копламлари ва шиллиқ пардалар яккол куринишдаги сарикликни эгаллайди. Шу нарсани таъкидлаш керакки, енгил куринишдаги сариклик асосан склераларда аникланади. Тери копламларининг окимтир булиши хар доим хам камқонлик даражасини курсатавермайди, яъни тери копламининг анатомик узига хослиги (томирларни чукур жойлашганлиги), периферик томирлар спазми (коллапс, нефрит) да хам тери копламлари окимтир рангда булади. Камқонлик даражасини аниклашда юкориги ва пастки ковок шиллиқ пардаларига эътибор бериш зарур. Сурункали лейкозларда тери копламлари кулранг-ер куринишида булади, эритремияда эса тери копламлари, асосан юз, буйин, кафт панжалари кизил тусда булади.

Геморрагик диатезларда тери копламлари ва шиллиқ пардаларда турли хил шакл ва катталикидаги қон куйилишлар кузатилади: петихиялар, пурпура, эритема, экхимоз; катта қон куйилишлар гематомалар куринишида учрайди (расм 55, 56).



55 – расм.Эритематоз тошмалар



56 – расм. Пурпуралар

Дастлаб геморрагик тошмалар кизил рангда, кейинчалик қон куйилган сохадаги гемоглобинни билирубин ва биливердин курунишига утиши туфайли тери коплами кукимтир, яшилсимон, сарик рангларга кириб кейинчалик уз рангини эгаллайди. Геморрагик доғлар телеангиоэктазиялардан фарк килиб буюм ойнаси билан босиб курилган йуколмайди.

Умумий куздан кечирришда тери копламларининг трофик ҳолатига ҳам эътибор берилади. Темир танкис анемияларида тери копламлари курук булиб, пуст ташлаб туради. Сочлар ва тирноклар синувчан, мурт булиб табиий ялтироклигини йукотади.

Қон тизими касалликларида огиз бушлигида узига хос характерли узгаришлар кузатилади. Масалан, В12 танкис анемияда тил сургичларининг кескин атрофияланиши натижасида тил силлик, ялтирок (Хантер тили) курунишни эгаллайди; тишларда ёрикларни юзага келиши ва тиш атрофи шиллик каватларда яллигланиш (альвеоляр пиорея) темир танкис анемияларида учрайди. Уткир лейкозлар учун огиз бушлигида юзага келадиган некротик яра ва стоматит энг куп учрайдиган белгилардан ҳисобланади.

Беморларда буйин соҳасидаги, умров усти ва ости, култик ости, чов соҳаси регионар лимфа тугунларининг катталашуви лимфогранулематоз, лимфосаркома, баъзан лимфолейкозда кузатилади.

Пальпация

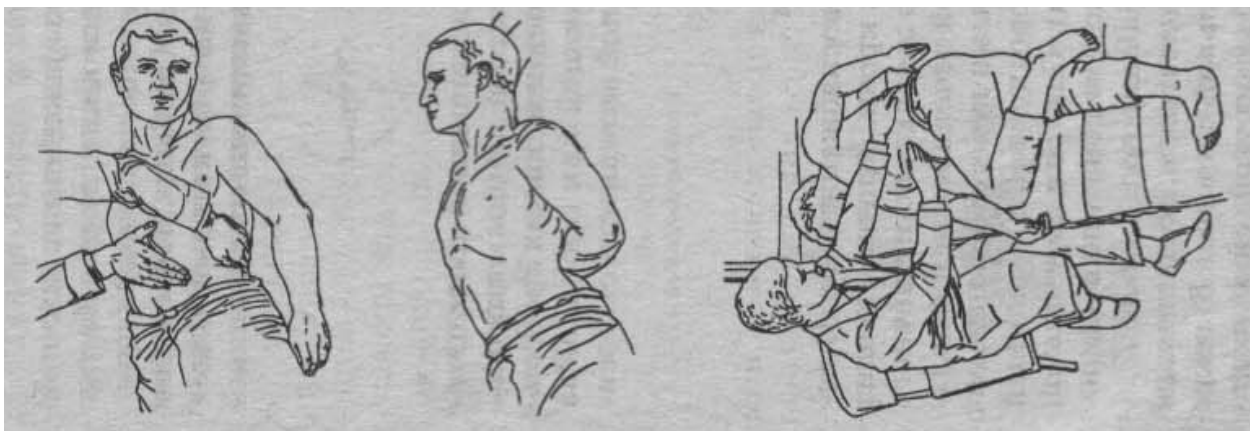
Қон тизими касалликларида, айникса анемиянинг баъзи турлари ва лейкозларда таянч тизимини пайпаслаб куриш: найсимон суякларнинг эпифиз

кисмига ёки ясси суякларни босиб куриш, тукиллатиб куриш касалликларни аниклашга маълум даражада имқоният беради.

Бирок талок ва лимфа тугунларини пайпаслаб куриш муҳим аҳамиятга эга. Лимфа тугунларини кескин катталашуви лимфолейкоз, лимфогранулематоз, лимфосаркомада кузатилади: дастлаб бир гуруҳ лимфа тугунлар жарохатланади, кейинчалик бошқа гуруҳ лимфа тугунлар (регионар ва узок) жарохатланиб, жараёнда иштирок этади. Лимфа тугунларини катталашуви қон касалликларидан ташқари бошқа касалликларда ҳам (туляремия, туберкулёз) учрайди.

Лейкозларда ва ёмон сифатли лимфомаларда лимфа тугунларини катталашуви узига хос хусусиятлар билан ажралиб туради: лимфа тугунлар пайпасланганда кулга огриксиз уннайди, тери коплами билан ва узаро ҳеч қачон бирлашмайди, йиринг ёки окмалар ҳосил қилмайди. Лимфолейкозда улар эластик-хамирсимон қонсистенцияли, лимфогранулематозда эса лимфа тугунлар зичлашган, узаро бириккан ва қонгломерат ҳосил қилади, баъзан уларнинг катталиги диаметри 15-20 см.гача.

Талокни пальпация қилиш. Талокни пайпаслаб куриш Образцов-Стражесқонинг чуқур, методик, сирпанувчи пальпация усули бўйича унинг коидаларига тулик риоя қилинган ҳолда олиб борилади. Бунинг учун беморга икки хил вазиятни тавсия қилиш мумкин (57-ва 58 -расм):



а

б

в

57 – расм.Талок пальпацияси:

Талокни пальпация қилиш учун қуйидагиларга амал қилинади:

1. -бемор горизонтал ҳолатда чалқанча ётқизилади;

2- беморни унг ён томонга ётқизилади, унинг боши бирмунча олдинга, чап кули тирсак бугимида букланиб кукрак кафасига эркин қуйилади, унг оёқ узатилган, чап оёқ эса тизза ва сон чанок бугимида буқилган. Бу ҳолатда корин девори мускуллари максимал бушашади ва талок олдинга сурилади. Натижада пайпаслаб куриш учун қулай вазият юзага келади. Врач беморнинг унг томонидан ёндашади, чап кули кукрак кафасининг чап ярмига, VII ва X ковургалар тугрисида аксилляр чизиклар соҳасига қуйилади ва кукрак кафасига бирмунча зич босилади (унинг нафас ҳаракатини чегаралаш учун).



58 – расм. Унг ён-бош ҳолатида талокнинг пальпацияси

Врачнинг унг кули эса камгина букилган бармоклари ёрдамида кукрак кафасининг олдинги ён юзаларига, ковурга равогини Х ковурга билан туташган соҳасига қуйилади. Шундан сунг бемор нафас чиқарган вақтда врач унг кули ёрдамида корин деворига енгил босиб кириб, сунъий чунтакни ҳосил қилади; кейинчалик бемордан чуқур нафас олишини сурайди. Чуқур нафас олган вақтда талок пастга тушиб, врачнинг бармоқларига яқинлашади; врачнинг сирпанувчи ҳаракати талокнинг кирраси, юзаси ва қонсистенциясини, ҳаракатчанлиги ва сезгирлигини урганади (агар талок катталашиб қулга уннайдиған бўлса).

Талок учун хос бўлган унинг юзасидаги бир нечта чуқурчалар талок кескин катталашган ҳолатлардагина аниқланади. Бу белги талокни бошқа аъзолардан (буйрак) фарқлаш имқонини беради.

Нормада талок пайпасланмайди. Талокни факатгина уни уз ҳажмига нисбатан 2-3 марта катталашган тақдирдагина пайпаслаш мумкин. Талокнинг катталашуви (спленомегалия) турли хил уткир ва сурункали юкумли касалликларда (қайталама тиф, корин тифи, вирусли гепатит, сепсис, моляр), жигар циррозида, талок веналарини қисилиши ёки тромбозида, шунингдек қон яратувчи аъзоларнинг бошқа қуплаб касалликларида (гемолитик анемия, тромбоцитопеник пурпура, уткир ва сурункали лейкоз) учрайди. Талокнинг ниҳоятда катталашуви сурункали миелолейкознинг сунгги босқичида учрайди. Бунда талок кориннинг чап ярмини, унинг пастки қисмини ва кичик чанокни эгаллайди. Баъзи ҳолларда талокнинг қисқарувчанлигини аниқлаш учун корин деворига пальпатор аниқланган талок улчамига дермограф ёрдамида белги қуйиб, тери остига 0,1% - 1 мл адреналин юборилади (Фрея синамаси). Қупчилик ҳолларда адреналинга нисбатан талок силлик мускулатурасини қисқариши туфайли унинг улчами 2-3 мартага қисқаради. Талокда фиброз узғаришлар бўлганда, периспленитда, усма

ёки киста жараёнларида юкоридаги синамага нисбатан талокнинг улчамлари узгармайди.

Уткир юкумли касалликларда талокнинг қонсистенцияси юмшок, хамирсимон. Сурункали юкумли касалликларда жигар циррози ва лейкозларда эса қонсистенцияси каттиклашади.

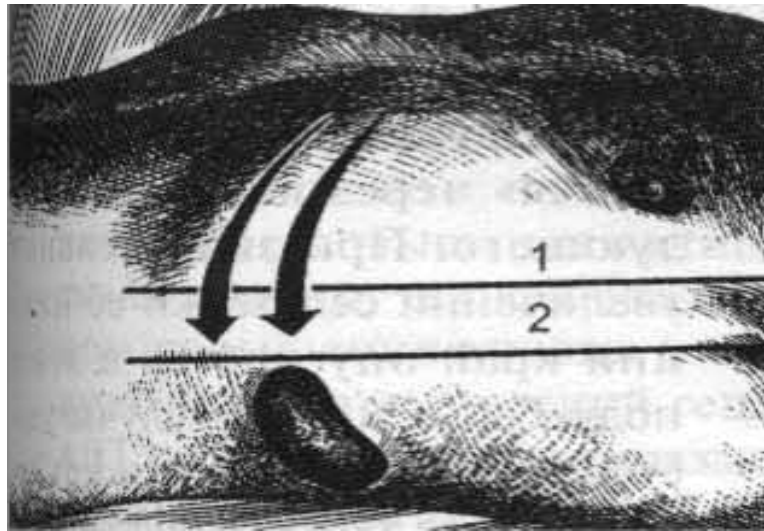
Купчилик касалликларда пайпаслаб курилганда талок огрикли булиб колади. Айникса талок инфарктида, периспленитда, талок кескин катталашганда, талокда қон димланганда унинг сохаси огрикли ва сезгир булиб колади. Талокнинг юзаси силлик, кирралари нотекис булиши периспленит учун, юзасини гадир-будир булиши сифилитик гуммалар, эхонококк ва кисталар учун характерли.

Одатда талок етарли даражада харакатчан; унинг харакатчанлигини чегараланиши периспленитда кузатилади. Кескин катталашган талок нафас актида харакатсиз булиб, бу холатни унинг устига куйилган кулни пайпаслаши ёрдамида кузатиш мумкин.

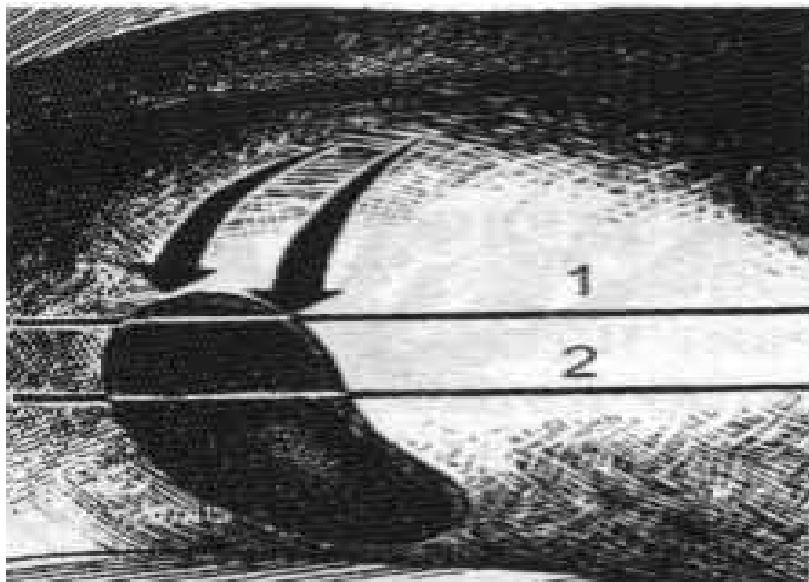
Перкуссия

Қон ишлаб чиқарувчи аъзолар касалликлари билан беморларни текширишда перкуссия усулини кулланилиши бирмунча чегараланган, факатгина талокнинг улчамларини аниклашдагина кулланилади. Талок паренхиматоз аъзо булганлиги учун перкуссия килинганда бугик, киска, паст перкутор товуш аникланади. Бирок талок ён атрофдан хаволи ковак аъзолар (ошкозон, ичаклар) билан уралганлиги сабабли тукиллатиб курилганда баланд, жарангли, тимпаник товуш аникланади. Шунинг учун талокнинг чегараларини ва улчамларини аниклаш маълум даражадаги кийинчиликларни юзага келтиради.

Перкуссия усулини бажариш учун бемор тик турган холатни ёки горизонтал унг ён бошга ётган холатни эгаллайди. Берилаётган перкутор зарбалар кучи пастрок булиб, тиник ўпка товушидан бугиклашгунга кадар олиб борилади; амалиётда перкуссиянинг Образцов усулидан фойдаланиш кулайроқ булиб хисобланади. Талокнинг кундаланг улчамини аниклаш учун тукиллатиб куриш *l. costoarticularis sinistra* чизигидан (бу чизик туш умров бирикишини XI ковурганинг эркин кисми билан туташтиради) 4 см латерал сохадан бошланади. Нормада талок тумтоклиги IX-XI ковургалар уртасида аникланади ва 4-6 смни ташкил килади. Таклонинг узунлигини аниклаш учун X ковурга буйлаб тукиллатиб курилади. Нормада талокнинг олдинги кирраси *l. costoarticularis* дан ичкарига тугри келиб, 6-8 смни ташкил килади (расм 59, 60).



59 – расм.Талок перкуссияси: 1. олдинги култик ости чизиги, 2. урта култик ости чизиги.



60 – расм. Спленомегалия: 1. олдинги култик ости чизиги, 2. урта култик ости чизиги

Аускультация

Аускультация усулини талокнинг текширишдаги кулланилиши куйидагича: факатгина периспленитда талок тумтоклиги устида корин пардасининг ишқаланиш шовкини эшитилади. Бу шовқин плевранинг ишқаланиш шовқинини эслатади.

Шундай қилиб қон тизими хасталикларига ташҳис қўйишда юқоридаги баён қилинган текшириш усуллари муҳим ўрин тутди.

ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. Тери қопламларини шамсимон тусли бўлиши хароактерли:
 - А. темир танқислиги анемияси*
 - В. В12 танқислиги анемияси **
 - С. Гемолитик анемия*
 - Д. Хлороз*
2. Тери қуруқ, оқарган сочлар мурт, тукилган, бош айланиши, тез чарчаш, ранг курсатгич 0;7-0;5, эритроцит, НВ? пасайиши, қайси касаллик учун хос?
 - А. уткир лейкоз.*
 - В. эритремия*
 - С. темир танқислиги анемияси**
 - Д. гемофилия касаллиги*
 - Е. Верльгоф касаллиги.*
3. Гранулоцитларга қайси лейкоцитлар киради?
 - А. лимфоцитлар, моноцитлар.*
 - В. нейтрофил, эозинофил, базофиллар*
 - С. тромбоцитлар*
 - Д. моноцитлар*
 - Е. эритроцитлар*
4. Тери қопламлари ва кўз шохпардасидаги сарикқлик қуйидагига хос:
 - А. гемолитик анемия**
 - В. Темир танқислиги анемияси*
 - С. Кечки хлороз*
 - Д. Хлороз*
5. Қон йўқотилишида келиб чиқадиган камқонлик номини кўрсатинг:
 - А. Ўткир ва сурункали постгеррагик анемия**
 - В. Гемолитик анемия*
 - С. Эритремия*
 - Д. Эритроцитопатия*
6. Камқонликни неча фоизи темир етишмаслигидан келиб чиқади?
 - А. 70%*
 - В. 80%*
 - С. 90%**
 - Д. 50%*
7. Қон йўқотиш оқибатида келиб чиқадиган дастлабки белги:
 - А. бош айланиши*
 - В. бош оғриғи*

С. кўз олди қоронғилашиши
*Д. Хаммаси тугри**

8. Қоннинг жадал емирилишидан келиб чикадиган камқонлик:

*А. Гемолитик камқонлик**
В. В12 танқислиги
С. Гемоглобинопатия
Д. Темир танқислиги камқонлиги

9. Қон ҳосил булишининг бузилишидан келиб чикадиган камқонлик:

А. Темир танқислиги камқонлиги
В. Ферментопатия
С. Гемоглобинопатия
*Д. Барчаси тугри**

10. Камқонлик турлари:

А. Қон йукотиш оқибатида келиб чикадиган постгеморрагик камқонлик
В. Қон ҳосил булишининг бузилишидан келиб чикадиган камқонлик
С. Қоннинг жадал емирилишидан келиб чикадиган касаллик
*Д. Барчаси тугри**

11. Организмда кизил қон таначалари ва гемоглобин миқдорини камайиб кетишига.....дейлади:

А. Акромегалия
В. Гемофилия
*С. Анемия**
Д. Тугри жавоб йук

12. Оссiалгия - бу:

А. ясси суякларда оғриқ бўлиши
В. бўғимларда
С. мушакларда
Д. ҳаракатга боғлиқлиги
Е. найсимон суякларда оғриқ

13. Эртанги хлороз учрайди:

А. гўдакларда
В. Фертил ёшда
*С. Ёсмир қизларда**
Д. Катталада
Е. хамма ёшда

14. Тери қопламларини оқимтир ер рангида бўлиши қуйидагига хос

- А. эртанги хлороз*
- В. Кечки хлороз*
- С. Фолат танқислиги*
- Д. Темир танқислиги**

15. Спленомегалия- бу:

- А. талоқни катталашуви**
- В. Талоқ фаоллигини ошиши*
- С. Талоқни яллигланиши*
- Д. Талоқни оғриқли бўлиши*

16. Тери қопламларида эритема, пурпура қуйидагига хос:

- А. Геморрагик диатез**
- В. Гемолитик анемия*
- С. Постгеморрагик анемия*
- Д. Эритропения*

17. Регионар лимфа тугунларини катталашуви характерли эмас:

- А. Лимфогранулематозга*
- В. Эритропенияга*
- С. Лимфосаркомага*
- Д. Лимфолейкозга*

18. Сидеропеник синдромга киради:

- А. Койлоникия*
- В. Хантер тили*
- С. Дисфагия*
- Д. Остеоалгия**

19. Талоқни пайпаслашда қўлланилади:

- А. Боткин*
- Б. Гюион*
- С. Образцов-Стражеско**
- Д. Пастернацкий усули*

20. Нормада талоқни перкутор ўлчами :

- А. 4х6-6х8 см**
- Б. 2х4-3х6 см*
- С. 3х5-6х8 см*
- Д. 2х7-4х6 см*

ЭНДОКРИН ТИЗИМИ

Шикоятлар

Эндокрин тизимнинг организм турли функцияларига таъсири хилма – хил бўлиб қуйидаги клиник белгилар орқали намоён бўлади.

Теридаги узгаришлар:

- Тери кичиши (кандли диабет, гипертиреоз).
- Гирсутизм: аёллар ва эркаклардаги теридаги жун копламини узгариши (гиперкортицизм, евноухоидизм, акромегалия).
- Сочнинг тукилиши (Хашимото зоби).
- Куп терлаш – гипертиреоз, феохромоцитом.
- Гиперпигментация (гипокортицизм).

Асаб фаолиятини бузилишига боғлиқ белгилар:

- Бош оғришлар (гипофиз усмалари, феохромоцитом).
- Психик узгаришлар (гиперкортицизм, гипер- ва гипотиреоз).
- Асабийлашиш (гипертиреоз, феохромоцитом).
- Тез чарчаш (гиперкортицизм, гипогликемия).
- Тетания (титраш) – гипокальциемия.
- Кома ҳолати (кандли диабет).

Куздаги узгаришлар:

- Экзофтальм (гипертиреоз, Кушинг синдроми).
- Эндофтальм (микседема).
- Диплопия (гипертиреоз, кандли диабет).
- Параорбитал шиш (гипотиреоз).

Юрак қон-томир тизимидаги узгаришлар:

- Артериал гиертензия (феохромоцитом, Кушинг синдроми, гиперальдостеронизм).
- Ортастатик гипотензия (гипокортицизм).
- Юрак ритмининг бузилиши (гипертиреоз, феохромоцитом, гипотиреоз).
- Юрак етишмовчилиги (гипертиреоз, гипотиреоз)

Хазм трактидаги узгаришлар:

- Анорексия ва диспепсия (гипокортицизм, гипотиреоз).
- Полифагия, булимия (кандли диабет).
- Ошқозонда яра пайдо булиши (ошқозон ости беи усмаси).
- Диарея (гипертиреоз, гипокортицизм).
- Озиш (гипертиреоз, гипокортицизм, кандли диабет).
- Ич котиши (гипокальциемия, гипотиреоз).
- Кориндаги оғриклар (гипертиреоз, гипокортицизм, кандли диабет).

Сийдик ажратиш тизимидаги узгаришлар:

- Буйракларда тошнинг пайдо булиши (Кушинг синдроми,

гиперпаратиреоз).

- Полиурия ва полидепсия (кандли ва кандсиз диабет, гиперальдостеронизм).

Суяк-мускул тизмидаги узгаришлар:

- Артралгия (гипотиреоз).
- Осалгия (гиперпаратиреоз).
- Холсизлик (гипертиреоз, Кушинг синдроми).

Жинсий фаолиятнинг бузилиши:

- Гиперменория (гипотиреоз).
- Либидонинг пасайиши (гипогонадизм, гипотиреоз, кандли диабет).
- Гинекомастия (гипогонадизм, гипофиз усмаси).

Организмда гормонларнинг ажралиши кайтар боғликлик принципи асосида бошқарилади, яъни гормоннинг ажралиши унга мос нишон-аъзо фаолиятини узгартиради, аъзо ишлаб чиқарган модда эса гормонни кейинги ажралишини тухтатади. Организмдаги гипоталамус-гипофиз тизими буйрак усти беши пустлок қисми, қалқонсимон без, қалқон олди беши, ошқозон ости беши фаолиятини бошқаришда алоҳида аҳамиятга эга. Гипоталамус марказий нерв системаси булимларидан келаётган импульсларни узлаштириб, гипофизнинг активлигини рилизинг-омил (либерин) лар ёрдамида пасайтириши ёки пептид табиатли омиллар таъсирида инактивация қилиши мумкин. Гипофиз эса уз навбатида троп гормонлар ишлаб чиқариб эндокрин безлар фаолиятини қучайтиради.

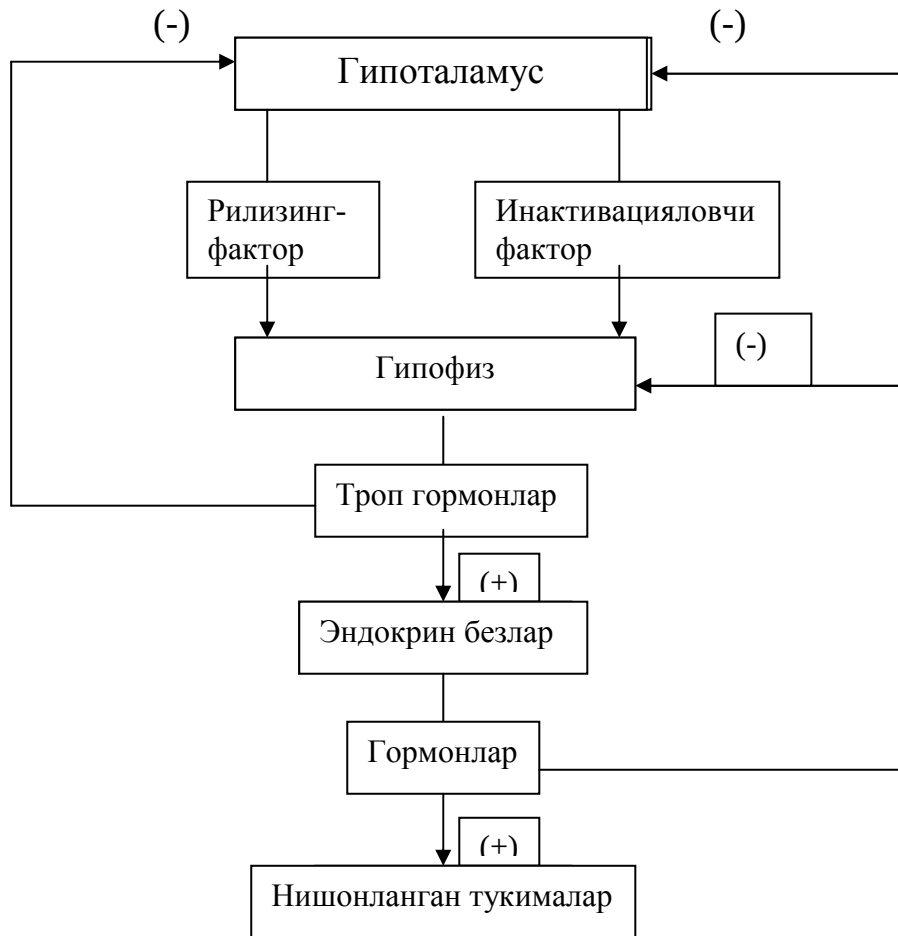
Эндокрин безлар ажратиб чиқарган гормонлар эса гипофиз ва гипоталамус активлигини сусайтиради. Гипофиз троп гормонларининг ошиши гипоталамус секрециясини пасайтиради. Гипоталамус гипофиз тизими фаолиятига эса руҳий ва жисмоний шикастланишлар, дорилар қабули, оғрик, эмоционал ҳолатлар уз таъсирини қурсатади.

Бундан ташқари юқоридаги тизим фаолияти маълум бир маромда юзага чиқади: гипофизнинг АКТГ гормони секрецияси туннинг 1 – соатларида қамаяди, бу вақтда эса соматотроп гормон секрецияси ошади. Тонгги вақтга қараб АКТГ секрецияси ошиб, эрталабки соат 8-9 ларда қамалмади.

Анамнез. Беморларда қасалликларни юзага қелтирувчи бевосита сабаблар аниқланади. Маълумки, қаттиқ ҳаяжонланиш, қурқув, руҳий зўриқишлар тиреотоксик буқоқни қелиб қикишига сабаб бўлади. Баъзида эндокрин қасалликлари балогатга етиш даврида, туғишдан кейинги даврда ёки климакс вақтида қузазилади.

Қуйидаги схемада эндокрин безлар функциясининг бошқарилиши қурсатилган:

Эндокрин безлари фаолиятини бошқарилиши



Куздан кечириш

Эндокрин тизими касалликларини аниқлашда беморларни куздан кечириш етакчи усуллардан бири ҳисобланади. Купинча куздан кечиришда беморлардаги алоҳида характерли белгилар ёки улардаги умумий қуриниш бир қарашдаёқ кузга ташланади. Масалан, диффуз тиреотоксик зоб, микседема, акромегалия, гигантизм, нанизм, гипофизар кахексия, гипофизар семириш, Иценко-Кушинг касаллиги ва синдроми, Аддисон касаллиги, семириш ҳолатларида биргина куздан кечириш усули ёрдамида диагноз аниқланади.

Эндокрин тизими касалликлари, асосан қалқонсимон без ва гипофиз касалликлари беморларда узиға хос юз ифодасини келтириб чиқаради:

- Акромегалик юз (расм 61)-бурун, ёнок, ияк қисмларини қатталашуви.
- Микседематоз юз-қалқонсимон без фаолияти пасайганда кузатилади: юзлар шишган, куз ёриги қичрайган, куз олмаси ичкарига ботган (enophthalmus), юз қирралари силликланган, қошнинг латерал қисмида сочлар кузатилмайди.



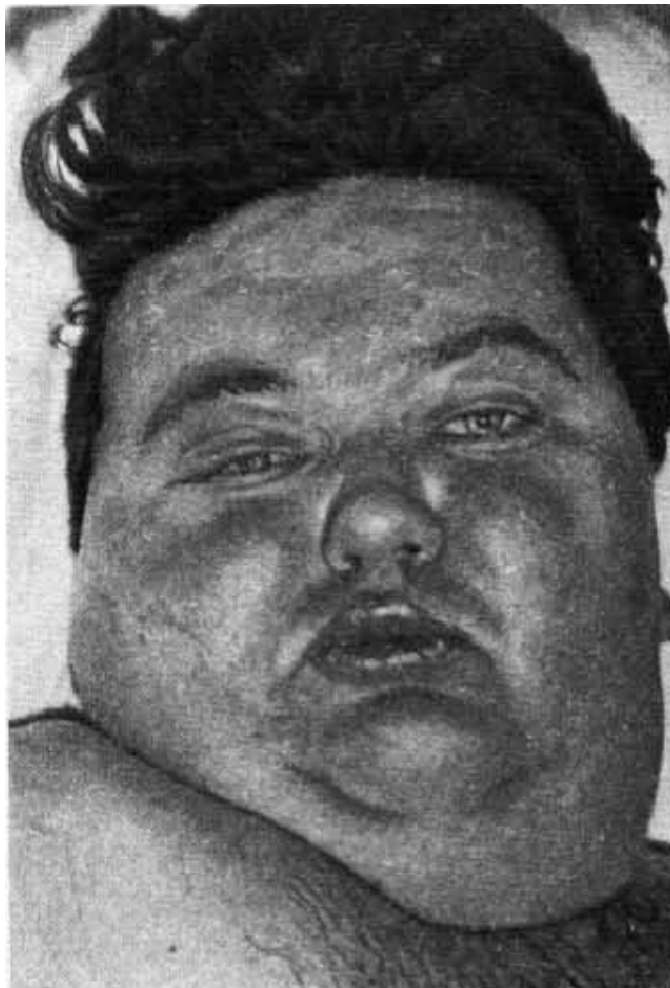
61 – расм. Акромегалик юз ифодаси



62 – расм. Базедов юз ифодаси. Грефе симптоми

- Базедов юзи (facies basedovica) (62-расм) - калқонсимон без фаолияти ошганда кузатилади: куз ёриклари кенгайган, куз олмаси ташкарига буртиб чиккан (exophthalmus) кузнинг ялтироклиги ошган (гуёки каттик куркув холати).
- «Ойсимон» юз – юз катталашган, кирралари силликлашган (тери ости

ёғ катлами яхши тараккий килганлиги сабабли), ёноклар кизарган, аёлларда эркакларга хос сокол-муйлов белгилари билан Иценко-Кушинг касаллигида учрайди (63-расм).



63 – расм. “Ойсимон юз” ифодаси.

- Гигантизм (буй 195 смдан баланд) – аденогипофиз функциясини ошишида кузатилади.
- Нанизм (кретинизм, буй 135 смдан паст) – аденогипофиз функциясини пасайишида кузатилади. Бунда тана тузилиши болаларга хос куринишда булиб, жинсий аъзолар яхши ривожланмайди, иккиламчи жинсий безлар кузатилмайди. Юкоридаги белгилар калқонсимон без фаолияти кескин пасайганда микседемага хос узгаришлар билан биргаликда ҳам кузатилиши мумкин.

Эндокрин тизими касалликларини аниклашда теридаги жун копламларини ҳам куздан кечириш муҳим аҳамиятга эга. Эркакларда аёлларга хос булган жун копламини булиши евнухоидизмда кузатилади; аёлларда эса эркакларга хос булган жун копламини булиши акромегалия, Иценко-Кушинг

касаллигида учрайди; киприк, кош, соч ва муйловнинг тукилиши микседема-га хос булган белги булиб хисобланади.

Тери ости ёғ катламини бутун тана буйлаб бир хилда таркалиши тирео-ген семизлик учун характерли; ёғ катламини асосан тананинг думба, сон ва кориннинг пастки кисмида тупланиши гипофизар семизликда учрайди. Ёғ катламини асосан танада ва юз кисмида тупланиши Иценко-Кушинг касаллигида учрайди. Беморларда озиб кетиш кандли диабетда, тиреотоксик зобда кузатилади. Кахексия Симмондс касаллигининг асосий белгиларидан бири булиб, гипофиздаги узгаришлар билан боглик (гипофизар кахексия).

Пальпация

Калқонсимон безни пайпаслаб куриш дастлаб юзаки куринишда олиб борилади. Бунда безнинг зичлиги, унинг юзаси ва тугунчалар борлигига эътибор берилади. Шундан сунг калқонсимон без махсус пальпация усули ёрдамида текширилади. Бунинг учун текширувчи хар иккала кулининг 4 та бармогини туш-умров-сургич мускулининг орка киррасига, бош бармоқларни эса унинг олдинги киррасига куяди. Калқонсимон безни пайпаслаб куриш жараёнида бемордан ютиниш харакатлари килишни суралади. Бу холатда калқонсимон без хикилдок билан биргаликда текширувчининг бармоқлари остида харакатланади. Бу куринишдаги пайпаслаб куриш, одатдаги юзаки пайпаслашдан фарк килиб, калқонсимон бездаги катта булмаган узгаришларни хам аниклайди. Шунингдек, безнинг харакатчанлиги, ундаги пульсация ва огрикнинг борлиги, эластиклигига хам эътибор берилади.

Калқонсимон без катталашганда унинг улчамларини хисобга олиб, беморлар ахволи динамикасидаги узгаришлар кузатиб борилади.

Перкуссия усулининг диагностик ахамияти нихоятда чегараланган.

Аускультация усули ёрдамида тиреотоксикоз касаллигида калқонсимон без устида тон ва шовкинларни эшитиш мумкин (безнинг қон билан таъминланишини ошиши ва қон окимининг тезлашганлиги сабабли).

ЭНДОКРИН ТИЗИМИ ЮЗАСИДАН МАВЗУНИ МУСТАХКАМЛАШ УЧУН ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. Катта ёшли одамларга соматоротоп гормони гиперсекрециясида кандай касаллик кузатилади?

А. Гигантизм

Б. Нанизм

*С. Акромегалия **

Д. Аддисон касаллиги

Е. Хамма жавоб тугри

2. Куйидаги юз ифодаларидан кайси бирида экзофтальм кузатилади?

- А. Ойсимон юз*
- Б. Микседематоз юз*
- С. Акромегалик юз*
- Д. Базедов юзи **
- Е. Тугри жавоб йук*

3. “Ойсимон юз” кайси касаллик учун характерли?

- А. Микседема*
- Б. Иценко-Кушинг касаллиги **
- С. Иценко-Кушинг синдроми*
- Д. Акромегалия*
- Е. Хамма жавоб тугри*

4. Бурун, ияк, ёнокларнинг хаддан ташкари усиб кетиши кайси юз киёфасига мансуб?

- А. Базедов юзи*
- Б. Акромегалик юз **
- С. Микседематоз юз*
- Д. Ойсимон юз*
- Е. Гиппократ юзи*

5. Терининг бронза рангига кириши кайси касаллик учун характерли?

- А. Аддисон **
- Б. Базедов*
- С. Кретинизм*
- Д. Микседема*
- Е. Тугри жавоб йук*

6. Адипозогенитал дистрофия кайси без функцияси бузилишида намоён булади?

- А. Гипофиз **
- Б. Буйрак усти бези*
- С. Калқонсимон без*
- Д. Тимус*
- Е. Тугри жавоб йук*

7. Куз соккаси пастга харакат килганда устки ковокнинг оркада колиши кайси симптом учун характерли?

- А. Мебиус симптоми*
- Б. Штельваг симптоми*
- С. Грефе симптоми **
- Д. Еленин симптоми*
- Е. Хамма жавоб тугри*

8. Иценко-Кушинг синдромининг сабаби?

- А. Глюкокортикоидлар гиперсекрецияси*
- Б. Глюкокортикоидлар гипосекрецияси **
- С. Глюкокортикотроплар гипосекрецияси*
- Д. Глюкокортикотроплар гиперсекрецияси*
- Е. Тугри жавоб йук*

9. Иценг-Кушинг синдромининг Иценко-Кушинг касаллигидан фарки?

- А. Иценг-Кушинг синдромида АКТГ гиперсекрецияси*
- Б. АКТГ гормони гипосекрецияси*
- С. Иценг-Кушинг касаллигида АКТГ гиперсекрецияси*
- Д. Иценг-Кушинг синдромида АКТГ гипосекрецияси **
- Е. Тугри жавоб йук*

10. Куйидагилардан кайси бири кандсиз диабетга сабаб булади?

- А. Инсулин гипосекрецияси*
- Б. Инсулин гиперсекрецияси*
- В. Вазопрессин гипосекрецияси **
- Д. Вазопрессин гиперсекрецияси*
- Е. Хамма жавоб тугри*

11. Соматотроп гормони таъсир механизмига кура кандай гормон гурухига киритилади?

- А. Эффектор **
- Б. Риллизинг*
- С. Гонодотроп*
- Д. Тиреотроп*
- Е. Тугри жавоб йук*

12. Куйидаги гормонларнинг кайси бири гипофизда синтезланмайди?

- А. Соматотроп*
- Б. АКТГ*
- С. Вазопрессин **
- Д. Тиреотроп*
- Е. Хаммаси тугри*

13. Кретинизм кандай касаллик?

- А. Ёшлик даврида тироксин гипосекрецияси*
- Б. Ёшлик даврида тироксин гиперсекрецияси **
- С. Катта ёшли одамларда тироксин гипосекрецияси*
- Д. Катта ёшли одамларда тироксин гиперсекрецияси*
- Е. Тугри жавоб йук*

14. Кандли диабетга хос асосий шикоятни кўрсатинг.

А. оғиз қуриши

Б. чанқаш

С. полиурия

*Д. Хаммаси тугри **

15. Куйида келтирилганлардан қайси бири кандли диабетга сабаб була олмайди?

*А. Инсулинга сезгир рецепторларнинг гиперергияси **

Б. Инсулин етишмовчилиги

С. Қонтринсуляр гормонларнинг гиперсекрецияси

Д. Инсулинга сезгир рецепторларнинг гипоэргияси

Е. Тугри жавоб йук

16. Куйидаги клиник белгиларнинг қайси бири кандли диабетда кузатилмайди?

А. Полиурия

Б. Полидипсия

С. Глюкозурия

*Д. Гипогликемия **

Е. Тугри жавоб йук

17. Буқоқ касаллигида кузатиладиган асосий белги:

*А. Экзофтальм **

Б. Эндофтальм

С. Анизокория

Д. Птоз

Е. Хамма жавоб тугри

18. Мебиус симптоми (куз олмаси қонвергенцияснинг бузилиши) учрайди:

*А. Базедов касаллигида **

Б. акромегалияда

С. паркинсонизмда

Д. Аддисон касаллигида

Е. микседемада

19. Штельваг симптоми (кузнинг кам-кам пирпираши) характерли:

А. акромегалия учун

*Б. Базедов касаллиги учун **

С. кандсиз диабет

Д. микседема

Е. тугри жавоб йук

20. Базедов касаллигида куйидаги симптомлар кузатилади, биттасидан ташкари:

- А. Грефе симптоми*
- Б. Горнер симптоми **
- С. Мебиус симптоми*
- Д. Штельваг симптоми*
- Е. куз ёригининг кенгайиши*

21. Гипотиреозда кузатиладиган асосий белги:

- А. брадикардия*
- Б. шии*
- С. гипотония*
- Д. эндофталъм*
- Е. юкоридагиларнинг барчаси **

22. Аелларда тана соч копламининг эркаклардагидек булиши учрайди:

- А. Иценг-Кушинг касаллигида **
- Б. Базедов касаллигида*
- С. микседемада*
- Д. склеродермияда*
- Е. буйрак усти беи етишмовчилигида*

23. Тери куруқ булиши мумкин:

- А. тухтовсиз кушида*
- Б. ич кетида*
- С. кандсиз диабетда*
- Д. организмда витамин етишмовчилигида*
- Е. юкоридагиларнинг барчаси **

24. Киприкларнинг, кошларнинг, бошдаги сочларнинг тукилиши кузатилади:

- А. микседемада **
- Б. Базедов касаллигида*
- С. Иценг-Кушинг касаллигида.*
- Д. акромегалияда*
- Е. адреногинетал синдромида*

25. «Тиреотоксик юрак» учун характерли:

- А. Чап коринча гипертрофияси*
- Б. Миокардиодистрофия*
- С. Кардиосклероз*
- Д. Қон айланишининг етишмовчилиги*
- Е. Юкоридагиларнинг хаммаси **

26. Гипотиреозда учрамайди:

- А. тахикардия**
- Б. брадикардия*
- С. Гипотония*
- Д. Гипотермия*
- Е. Барча жавоблар тугри*

27. Қалқонсимон безни пальпация қилишда нечта даража фарқланади:

- А. 5**
- Б. 4*
- С. 6*
- Д. 3*
- Е. 8*

28. Тиреотоксик кризда кузатилади:

- А. Хароратни 39-40⁰ гача кутарилиши*
- Б. Тахикардия*
- С. Тахисистолик титрок аритмияси*
- Д. Парез, паралич, адинамия*
- Е. Барча жавоблар тугри **

29. Гипотиреозда марказий нерв системаси томонидан кузатиладиган узгаришлар:

- А. Интеллект пасайган*
- Б. Депрессия*
- С. Эшитув галлюцинациялари*
- Д. Алахсираш*
- Е. Юкоридагиларнинг хаммаси **

30. Симптоматик семизлик кузатилади:

- А. Кушинг синдромида*
- Б. Гипогонадизмда*
- С. Гипотиреозда*
- Д. Бош мия усмаларида*
- Е. Барча жавоблар тугри **

БЎҒИМ - ТАЯНЧ ТИЗИМИ

ШИКОЯТЛАР

Суяк, бугим, мушак ва бириктирувчи туқиманинг диффуз касалликлари коллагеноз касалликлар деб номланувчи алохида туркум касалликларни ташкил қилади. Коллагенозларнинг ривожланишида организмда кечаётган иммунологик ва аутоиммунологик жараёнлар етакчи аҳамиятга эга. Шунини алохида таъкидлаш керакки, айрим ҳолларда бириктирувчи туқиманинг диффуз касалликлари бирламчи бўлиб, уларга хос бўлган симптомлар асосий уринни эгаллайди (аслида бир пайтнинг узида бошқа орган ва тизимларда узгаришлар юзага келган бўлсада). Бошқа ҳолларда эса суяк, бугим, мушакларнинг диффуз яллигланиши бошқа касалликлар билан (модда алмашинуви-нинг бузилиши, эндокрин касалликлар) биргаликда кечиши мумкин. Шунинг учун бириктирувчи туқима диффуз касалликларини урганиш текширувчидан бу касалликларга хос бўлган етакчи симптомакомплексларни пухта урганган ҳолда организмдаги ҳаётий зарур аъзолар функционал ҳолатини ҳам тугри баҳолай олишни талаб қилади.

Бўғим-таянч тизими ва бириктирувчи туқиманинг диффуз касалликларида беморларнинг шикоятлари нихоятда хилма-хил. Асосий шикоятлар бугимларда огрик, умуртка погонаси ёки мушакларда огрик ҳаракат вақтида бугимларда шовкин (гижирлаш, шитирлаш), эрталаблари бугимларда зиркираш, қуринишида бўлади. Қушимча шикоятлар эса хароратни кутарилиши, ваража қилиш, қуп терлаш, тез чарчаш, ҳолсизлик, озиш. Шунингдек, шикоятлар яллигланиш жараёнига турли тизимлар қушилганлиги сабабли қуқрак қафасида огрик, муқкулларда огрик, бойлам ва пайларда огрик, қул панжаларнинг ивишгандай бўлиши, уларни оқариши (Рейно синдроми) қуринишида ҳам учрайди.

Оёқ-қул панжаларидаги майда бугимларнинг симметрик жароҳатланиши, актив ва пассив ҳаракат вақтида огрикнинг юзага келиши ревматоид полиартрит учун ҳарактерли. Касалликнинг сунгги босқичларида бугимларда деформациялар, ҳаракатсизлик (анкилоз) ҳолатлари ҳам қузатилади. Беморларда эрталаблари бугимларнинг зиркираши ва тирилиши қузатилиб, қуннинг иккинчи ярмига бориб эса бугимлардаги ҳаракат енгиллашади. Деформацияловчи артродда огриклар асосан жароҳатланган бугимда қуриқиш бўлгандагина юзага келади, кечқурунга қараб қуцайди. Анкилозланувчи спондилоартроз (Бехтерев касаллиги) да огриклар умуртка погонаси ва думқазга ёнбош бирикмасида қойлашган бўлиб, асосан бир ҳолатда узок вақт турганда, қупинча тунда қуцайди. Кейинчалик бу турдаги огриклар доимий ҳарактерда бўлади.

Ревматик полиартритда огриклар узига ҳос қуринишда бўлади: бунда йирик бугимлар жароҳатланиб, асимметрик ҳарактерда бўлади, огриклар «қуқиб қурувчи» қуринишни олиб, жараён бугимларда навбатма-навбат

кучиб юради. Огрик янги бугимга кучганда дастлабки бугимдаги огриклар камайиб ҳаракат тикланади. Ревматизм фаоллиги сусайганда бугимлардаги узгаришлар изсиз йуколади.

Катта ва урта ёшдаги эркакларда асосан оёк бош бармоги, панжа бугимидаги уткир, хуружсимон, тунги огриклар организмда пурин асослари алмашинувининг бузилиши натижасида (подагра) юзага келади.

Мушаклардаги огриклар турли хил куринишда булади. Таркок куринишдаги огриклар патологик жараён барча мускулларга таркалганлигини курсатади. Оёк икрасимон мушакларидаги юрганда кучаядиган огрик оёк томирлари атеросклерозида облитерловчи эндоартериитда кузатилади. Бу огриклар юрган вақтда кучайсада, ҳаракат тухталиши билан огриклар сусаяди («утиб кетувчи оксокланиш»). Мушакларга хос огриклар трихинеллёзда, цистицеркозда, миозитларда, профессионал касалликларда (юкори ва пастки харорат), турли хил жарохатларда кузатилади. Бундай ҳолатларда огрикнинг жойлашган жойига, характериға, давомийлигига эътибор берилади.

Тана хароратини кутарилиши, теридаги турли хил тошмалар (петихия, эритема) бириктирувчи тукима диффуз касалликларида тери копламларидаги асосий узгаришлар куринишида учраб, улар микроциркулятор куринишидаги қон айланишининг бузилиши билан боглик.

Мушакларга хос булган камкувватлик (мушак гипотонияси) – бирор бир огир касаллик натижасида узок вақт ҳаракатсиз тушакда ётган беморларда учрайди. Шунингдек, баъзи бир неврологик касалликларда (миатония, миастения, кучайиб борувчи мушак дистрофияси) да кузатилади. Масалан, миастениядаги мускул камкувватлиги куйидагича: бемор дастлаб маълум бир ҳаракатни тулик бажара олади, лекин кейинги ҳаракатларда мушак кучи камайиб бориб, бутунлай бажара олмайди (юкори ковокни кутариш, ютиниш ҳаракати, чайнаш ҳаракати).

Мушакларга хос булган фаол ҳаракатларнинг сусайиши парез, ҳаракатни тулик бажара олмаслик эса паралич дейилади. Парез ва паралич куринишлари уларнинг инервациясини бузилиши натижасида исталган мушак ёки мускуллар гуруҳида булиши мумкин: моноплигия – битта оёк ёки кулнинг ҳаракатини бузилиши; параплегия – ҳар иккала кул ёки оёкнинг паралич булиши; гемиплегия – унг ёки чап томондан оёк ва кулнинг ҳаракатсизланиши; тетраплегия – кул ва оёкларни ҳаракатсиз булиши. Паралич ва парезлар орқа мия периферик нервларини жарохатланиши (кисилиш, усма) ва бош миядаги учокли узгаришлар (қон куйилиш) да кузатилади.

Баъзи ҳолатларда беморлар оёк-кул панжаларини совук котиши ва оқаришига шикоят килади. Бир пайтнинг узида бармоқларда огрик юзага келиб, терининг сезгирлиги пасаяди (Рейно синдроми). Бу узгаришлар қон айланишини бузилиши, трофик узгаришлар натижасида келиб чикади.

Анамнез. Беморлардан анамнезига хос маълумотлар йигилганда куйидагиларга алоҳида эътибор бериш керак:

- Касалликнинг давомийлигини аниклаш учун касалликка хос булган

дастлабки белгиларни урганиш.

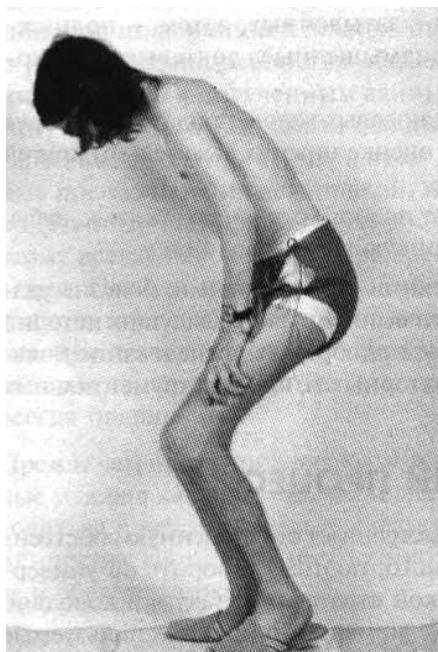
- Турли орган ва тизимларнинг жарохатланганлигини курсатувчи шикоятлар хусусиятларини урганиш.
- Касалликнинг ривожланиш тарихи хусусиятларини урганиш.
- Утказилган даво-тадбирлар хусусиятларини урганиш.
- Мехнатга лаёкатлик қобилиятини урганиш.

Куздан кечириш

Беморларни куздан кечирганда уларнинг умумий ахволига, тери копламлари ва шиллиқ пардаларнинг ҳолатига, суяк-мушак тизимидаги узгаришларга алоҳида эътибор берилади.

Куздан кечиришда беморнинг қадди-қоматига эътибор бериш алоҳида аҳамиятга эга:

- Кифоз – умуртка поғонасида орқага чиққан букрилиқ ёки гумбаз (gibbus).
- Лордоз – умуртка поғонасида олдинга чиққан букрилиқ.
- Сколиоз – умуртка поғонасини ён томонга қийшайиши
- «Эхсон суровчи» ҳолат – умуртка поғонаси кукрак қофаси қисмини кифози бўйин қисмининг гиперлордоз билан биргаликда қузатилади (Бехтерев касаллиги 64-расм).



64 – расм. Бехтерев касаллигида «эхсон суровчи» ҳолати

Мушаклар. Беморларни куздан кечиришда мушакларнинг ҳаракат қучи даражасига, уларнинг тонусига, шунингдек, пайпаслаб қурилганда оғрик бор

ёки йуклигига эътибор берилади. Мушакларнинг атрофияси нерв тизими касалликларида, паралич ва парезларда кузатилади. Мушакларни текширишда улардаги ихтиёрсиз кискаришлар борлиги фаркланади:

- Тетаник кискаришлар – бир неча минутдан бир неча соатгача давом этувчи мускул кискаришлари (менингит, кутуриш, кокшол) куринишида булади.
- Клоник кискаришлар – кетма-кет юзага келувчи мушак кискаришлари (эпилепсия хуружи).

Бугимлар. Беморларни объектив куздан кечиришда бугимларнинг қонфигурациясига, маҳаллий шиш ва огрик борлигига, актив ва пасив ҳаракатларнинг ҳажмига, бугим устидаги тери ва ёғ қатламидаги узгаришларга эътибор берилади (расм 65).



65 – расм. Деформацияланувчи артрозда панжалардаги деформация: 1. кафт фаланга бугимида суяк чиқиши, 2. фалангалараро дистал бугимнинг латерал деформацияси, 3. Геберден тугунчалари, 4. Бушар тугунчалари

Бугимлар қонфигурациясининг узгариши бугимларда юзага келган яллигланиш жараёнлари туфайли кузатилади. Бугим синовиал пардаси ва бугим атрофи юмшок туқималаридаги яллигланиш шиши натижасида бугимнинг ҳажми ортади, бугим кирралари силликлашади, бугим атрофида шиш юзага келади.

Бугимнинг шаклини узгариши – бугим юзасида ва бугим тоғай туқима-сида деструктив узгаришлар натижасида бугимда анкилоз, суяк усишлари, мушак бойлам тизимининг жароҳатланиши ва суяк чиқишлари куринишида кузатилади. Масалан, ревматоидли артрит касаллигида кул панжалари гуёки денгиз мушугининг панжасини эслатади: 3-4-5 бармоқлар тирсак суягига

караб букилади, шунингдек, кафт панжалари билак суягига караб хам букилиши мумкин (расм 66).

Деформацияланувчи остеоартрозда эса панжа фаланга бугимидаги суяк чикиши ва радиал ёки ульнар девиация (букилиш) туфайли бугимларнинг дистал кисмида (Геберден тугунчалари) ва проксимал кисмида (Бушар тугунчалари) туфайли кул панжаларида узига хос куриниш юзага келади (65-расмга қаранг).

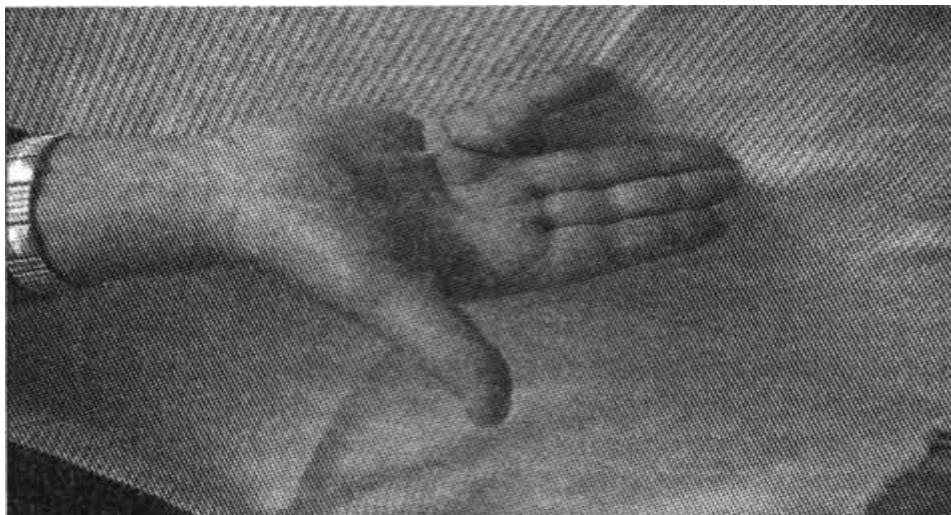


66 – расм. Ревматоидли артритда панжалардаги деформациянинг схематик куриниши:

а. ульнар (латерал букилиш) девиация, б. «бутонъер» куринишидаги деформация, в. «гоз буйни» куринишидаги деформация

Таркок куринишдаги остеоартрозда беморларни вертикал ҳолатда куз-дан кечирганда қуйидаги куринишдаги деформациялар аникланади:

- Варус куринишидаги деформация (*genu varus*) – тизза бугимида бугимнинг медиал юзаси тоғай кисмидаги дегенератив узғаришлар натижасида оёқлар О-симон куринишни эгаллайди.
- Вальгус куринишидаги деформация (*genu valgus*) – тизза бугими тоғай кисмининг ҳамма соҳасидаги дегенератив узғаришлар туфайли оёқлар Х-симон куринишни эгаллайди.
- Махаллий куринишдаги шиш – бугим атрофи сероз пардасини яллиғланишида қузатилади.
- Дюпюитрен контрактураси – IV-V бармоқлар пай ва апаневрозининг яллиғланиши натижасида фалангалараро бугим проксимал кисми ва кафт фаланга бугими букилган ҳолатни эгаллайди (расм 67).



67 – расм. Дюпюитрен контрактураси

- Тофуслар – подагра касаллигида пурин асосларини алмашинувининг бузилиши натижасида урат кристаллари тери остига ҳар хил катталикидаги каттик хосилалар қуринишида йигилади (тирсак, тизза бугими соҳасида ва фалангалараро бугим атрофида) (расм 68).



68 – расм. Тофуслар

Пальпация

Мушак-таянч тизими касалликларида пальпация усули ташхис қўйиш учун муҳим аҳамиятга эга булган маълумотларни аниқлаш имконини беради:

- Тери копланларини каттиклашиши ва дагаллашиши системали склеродермия ва дерматомиозитда учрайди. Рейно синдромида бармоқ панжаларининг охириги фалангаси кулга совук уннайди, шунингдек,

мушакнинг огрикли булиши одатдаги миозитда ҳам учрайди (расм 69).



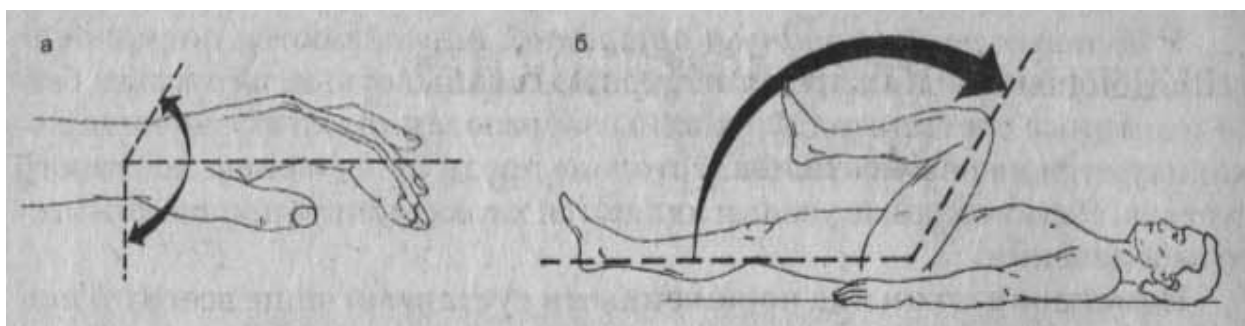
69 – расм.Рейно синдроми. Хар иккала кул номсиз ва жимжилок бармоқларининг окариши

- Бугим атрофида маҳаллий гипертермия ва шиш бир вақтнинг узида ушбу бугимда ҳаракатнинг чегараланиши, огрикли булиши ва бугим деформацияси билан биргаликда кузатилади (ревматик артрит).
- Бугимлар пасив ҳаракатини чегараланган булиши. Бугим юзаси мушак ва пайларда чандикланиш натижасида бугимдаги ҳаракатлар дастлаб чегараланган, кейинчалик эса тулик ҳаракатсиз қуринишни эгаллайди.
- Мушаклар тонусини аниклаш. Барча бугим ва мушаклардаги нофаол ҳаракатларни навбатма-навбат бажариб қуриш натижасида мушакларнинг тонуси урганилади. Мушаклар тонусининг периферик ҳаракатлантирувчи нейрон функциясини бузилиши билан боглик бўлган контрактиль тонуси ва миофибриллаларнинг ички муҳити билан боглик бўлган пластик тонуси тофавут қилинади. Мушаклар тонуси пасайган ёки ошган булиши мумкин. Мушаклар тонуси пасайганда улар кулга пальпатор юмшок (хивиллаган) қуринишда уннайди; пасив ҳаракатларни беморда бажартириб қурганда текширувчи мушак қаршилигини ҳис қилмайди. Мушаклар гипотонияси асосан периферик нервлар жароҳатланганда, мушаклар узок вақт ҳаракатсиз турганда кузатилади. Мушаклар тонусини ошиши пирамида йуллари шикастланганда рефлекс равишда юзага келади. Бунда мушаклар каттик-лашади, уларда пасив ҳаракатларни утказиш кийинчиликни юзага келтиради.

Мушаклар пластик тонусини ошиши улардаги пасив ҳаракатнинг кучи ва тезлигига таъсир қилмайди, мушак исталган ҳолатда гипертонус қуринишини саклаб қолади. Бу ҳилдаги узгаришлар айнан мушакнинг касалликла-

рида эмас, балки бош мия марказлари (ок ядро ва кора ядро) жарохатланганда ҳам кузатилади.

- Мушак кучини аниклаш. Мушак кучи икки хил куринишда аникланади: 1. врачнинг беморни оёк-кулларини ёзиш ёки букиш ҳаракатларини бажараётганида бемор бу ҳаракатларга қаршилиқ курсатади (статистик кучи).
- 2. бемор у ёки бу куринишдаги ҳаракатлари билан текширувчи кулинг қаршилигини енгилга ҳаракат қилади (динамик кучи) (расм 70).



70 – расм. Бугимларда актив ҳаракатлар ҳажмини аниклаш: а. билак-панжа бугимида нормада, б. сон-чанок бугимида нормада.

Шундай қилиб суяк-бўғим тизими касалликларида физикавий текшириш усуллари ташҳис жараёнида етакчи ўринни эгаллайди.

БЎҒИМ-ТАЯНЧ ТИЗИМИ ЮЗАСИДАН МАВЗУНИ МУСТАХКАМЛАШ УЧУН ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. Нормада бугимни ҳосил қилишда иштирок қилмайди.

- А) синовиал суюклик* *
- В) бугим юзаси*
- С) бугим тоғайи*
- Д) фиброз капсула*
- Е) синовиал парда*

2. Бугим атрофи структураларига кирмайди.

- А) синовиал парда* *
- В) пайлар*
- С) бойламлар*
- Д) бугим халтаси*
- Е) Мушаклар*

3. Бугимни жарохатланиши характерланади.

- А) оғриклар билан*
- В) ишишлар билан*
- С) бугим қонфигурациясини узғариши билан*
- Д) ҳаракатнинг чегараланиши билан*
- Е) юкоридагиларни барчаси* *

4. Бугим жарохатланиши билан боглик хакикий оғриклар учун хос.

- А) оғриклар бугим бирикмасида ва ҳаракат вақтида зураяди* *
- В) оғриклар ҳаракатга боглик эмас*
- С) оғриклар жисмоний зуриқишида кучаяди*
- Д) ҳаракат вақти нисбатан кучаяди*
- Е) тинч ҳолатда камаяди*

5. Бугим атрофи туқималарининг жарохатланишидаги оғриклар учун характерли эмас.

- А) бугим бирикмасида бўлиши ва ҳаракат вақтида кучайиши* *
- В) бир нечта бугимни жарохатланиши*
- С) йирик бугимлардаги узғаришлар*
- Д) бугим атрофи туқималари билант богликлиги*
- Е) ҳаракатни чегараланганлиги*

6. Остеоартроздаги оғриклар учун характерли.

- А) кечкурунда ва тунги вақтда оғрикни зурайиши* *
- В) ҳаракатда оғрик бўлиши*
- С) эрталабки оғриклар*
- Д) тинч ҳолатда ҳам оғрик бўлиши*
- Е) ноаник оғриклар*

7. Подагра касаллигидаги оғриклар учун характерли.

- А) бирданига юзага келувчи, хуружсимон оғриклар купинча тунги вақтда* *
- В) куннинг иккинчи ярмидаги оғриклар*
- С) тунги оғриклар*
- Д) сутка давомидаги оғриклар*
- Е) ноаник оғриклар*

8. Бугимда юзага келадиган уткир яллигланишларнинг механизми.

- А) бугим ичида суюқлик йиғилиши ва периартикуляр инфильтрация* *
- В) бугим деструкцияси*
- С) анкилоз*
- Д) периартрит*

Е) бугимдаги чикишлар

9. Бугимда юзага келадиган сурункали жараёнлар асосида ётади.

А) бугим капсуласини пролиферацияси, калинлашуви, суяк устишлари *

В) пролиферация

С) анкилоз

Д) бириктирувчи тукуманинг диффуз устиши

Е) инфльтрация

10. Бугимни узок ҳаракатсизланиши олиб келади.

А) мушак атрофия

В) тоғай атрофиясига

С) остеопорозга

Д) нерв-трофик узгаришларга

Е) юкоридагиларнинг барчасига *

11. «Вальгус»ли деформация деганда тушунилади.

А) бугимни ичкарига қараб деформацияга учраши *

В) бугимни ташкарига қараб деформацияга учраши

С) мушак атрофияси

Д) бугим анкилози

Е) бугим қонфигурациясининг узгариши

12. «Варус»ли деформация деганда тушунилади.

А) бугимни ташкарига қараб деформацияга учраши *

В) бугимни ичкарига қараб деформацияга учраши

С) мушак атрофияси

Д) бугим анкилози

Е) бугим қонфигурациясининг узгариши

13. Уткир синовит учун характерли.

А) оғрик

В) кизариш

С) ишиш

Д) ҳаракатни чекланиши

Е) барчаси тугри *

14. Синовит – бу ...

А) синовиал парданинг яллигланиши *

В) бугим халтасининг яллигланиши

С) пайларнинг яллигланиши

- Д) тогайнинг яллигланиши*
- Е) Мушакларнинг яллигланиши*

15. Остеартроз учун характерли визуал белги – бу ...

- А) Геберден ва Бушар тугунчалари* *
- В) анкилоз*
- С) суяк чикиши*
- Д) мушак атрофияси*
- Е) бугим деформацияси*

16. Сурункали подаграда қайси бугимларда узгаришлар кузатилади.

- А) оёқ панжаси бош бармок бугимида* *
- В) кул панжа майда бугимларида*
- С) йирик бугимларда*
- Д) симметрик деформация*
- Е) ассиметрик деформация*

17. Бугимларни асбоблар билан текширишда қулланилади.

- А) бугимни рентгеноскопия қилиш*
- В) бугимни рентгенография қилиш*
- С) компьютер томография*
- Д) томография*
- Е) юкоридагиларнинг барчаси* *

18. Рентгенологик текширув натижаларида аникланади.

- А) бугим бушлигининг торайиши*
- В) бугим атрофияси*
- С) остеофит*
- Д) шпор (бугим апаратини суякланиши)*
- Е) хаммаси тугри* *

19. Ласег симптоми – бу ...

- А) тиззадан ёзилган оёқларни қутарганда белда оғрик бўлиши* *
- В) утирганда оғрик бўлиши*
- С) горизонтал ҳолатда оғрик бўлиши*
- Д) оғрикни ҳаракатга боғлиқ бўлмаслиги*
- Е) ноаниқ оғирқлар*

20. Ласег симптоми кузатилади.

- А) остеоартрозда* *

- В) остеохондрозда*
- С) бел думгаза радикулитида*
- Д) ишиалгияда*
- Е) полиартритда*

21. Таянч тизими касалликларида теридаги узгаришлар.

- А) эритема*
- В) пурпура*
- С) уртикар тошма*
- Д) телеангиоэктазия*
- Е) юкоридагиларнинг барчаси* *

22. Бугим-таянч тизими касалликларида шиллиқ пардалардаги узгаришлар

- А) ксерофтальмия*
- В) ксеростомия*
- С) хейлит*
- Д) энантема*
- Е) барчаси тугри* *

23. Тофус – бу ...

- А) урат кристалларининг тери остида йигилиши* *
- В) ревматик тугунча*
- С) ксантелазма*
- Д) ксантома*
- Е) халкали эритема*

24. Яллигланишнинг носпецифик умумиу белигиларига киради.

- А) лейкоцитоз*
- В) эритроцитлар чукиш тезлигининг ошиши*
- С) гипер альфа–гамма глобулинемия*
- Д) гиперфибриногенемия*
- Е) хаммаси тугри* *

25. Кул панжаларини денгиз мушуги панжаси куринишини эгаллаши кузатилади.

- А) ревматоидли артритда* *
- В) остеохондрозда*
- С) остеоартрозда*
- Д) ревматик артритда*
- Е) склеродермияда*

26. Параорбитал шиш ва эритема характерли.

- A) дерматомиозит учун *
- B) ревматизм учун
- C) миопатиялар учун
- D) ревматоидли полиартрит учун
- E) аник эмас

27. Системали кизил югурукда теридаги узгаришлар.

- &A) «капалак» куринишидаги эритема
- B) пурпура
- C) фотосенсибилизация
- D) трофик узгаришлар
- E) хаммаси тугри

28. Системали кизил югурукда огиз бушлигидаги узгаришлар.

- A) хейлит
- B) энантема
- C) гингивит
- D) стоматит
- E) хаммаси тугри *

29. Эрталабки бўғимдаги оғриқлар характерли.

- A) склеродермия учун
- B) полиартрит учун*
- C) дерматомиазит учун
- D) системали кизил югурук учун
- E) ноаник

30. Склеродермиядаги визуал узгаришлар.

- A) юздаги шишлар
- B) склеродактилия
- C) остеолит
- D) «киссет» куринишидаги огиз атрофидаги бурмалар
- E) юкоридагиларнинг барчаси *

МУНДАРИЖА

Сўз боши.....	1
Кириш.....	2
I – бўб. Шифокорнинг нутқ маданияти.....	3
Шифокорнинг бемор билан мулоқот санъати.....	4
Тиббиёт деонтологияси лавҳалари.....	6
Шифокор сири ҳақида.....	10
Мулоқот турлари ва тинглаш маҳоратининг умумий тамойиллари.....	12
Сўраб-суриштириш услубларига доир.....	13
Антропометрия.....	14
Тана ҳароратини ўлчаш.....	16
II – бўб. НАФАС ТИЗИМИ	
Нафас олиш тизимининг маҳаллий ҳимоя механизми ҳақида тушунча.....	20
Шикоятлар.....	21
Кўздан кечириш.....	31
Пальпация.....	34
Перкуссия.....	36
Ўпкани аускультация қилиш.....	46
Нафас тизими юзасидан мавзуни мустахкамлаш учун тест саволлари.....	56
III – бўб. ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИ	
Шикоятлар.....	62
Кўздан кечириш.....	69
Пальпация.....	71
Перкуссия.....	74
Юрак аускультацияси.....	80
Юрак-қон томир тизими юзасидан мавзуни мустахкамлаш учун тест саволлари.....	96
IV – бўб. ҲАЗМ ТИЗИМИ	
Шикоятлар.....	102
Кўздан кечириш.....	109
Пальпация.....	110
Перкуссия.....	113
Аускультация.....	114
Ичакларни текшириш. Шикоятлар.....	115
Кўздан кечириш.....	115
Пальпация.....	120
Перкуссия.....	125
Аускультация.....	126

Жигар ва ўт йўллари касалликлари билан беморларни текшириш

Шикоятлар.....	128
Кўздан кечириш.....	134
Перкуссия.....	139
Пальпация.....	142
Аускультация.....	145
Ошқозон ости беги. Шикоятлар.....	145
Куздан кечириш. Перкуссия. Пальпация.....	147
Хазм тизими юзасидан мавзуни мустахкамлаш учун тест саволлари.....	148

V – боб. БУЙРАК ВА СИЙДИК АЖРАТИШ ТИЗИМИ

Шикоятлар.....	153
Кўздан кечириш.....	156
Пальпация.....	158
Перкуссия.....	160
Буйрак ва сийдик ажратиш тизими юзасидан мавзуни мустахкамлаш учун тест саволлари.....	161

VI – боб. ҚОН ЯРАТУВЧИ АЪЗОЛАР ТИЗИМИ

Шикоятлар.....	167
Кўздан кечириш.....	168
Пальпация.....	170
Перкуссия.....	173
Аускультация.....	174
Қон яратувчи аъзолар тизими юзасидан мавзуни мустахкамлаш учун тест саволлари.....	175

VII – боб. ЭНДОКРИН ТИЗИМИ

Шикоятлар.....	178
Куздан кечириш.....	180
Пальпация.....	183
Эндокрин тизими юзасидан мавзуни мустахкамлаш учун тест саволлари.....	183

VIII – боб. БЎҒИМ-ТАЯНЧ ТИЗИМИ

Шикоятлар.....	189
Кўздан кечириш.....	191
Пальпация.....	194
Бўғим-таянч тизими касалликлари юзасидан мавзуни мустахкамлаш учун тест саволлари.....	196

Такризчилар:

Тошкент Тиббиёт Академияси клиник фармакология кафедраси мудири,
тиббиёт фанлари доктори, профессор И.Р. Мавлонов

Бухоро Давлат тиббиёт институти ЮНЕСКО “Шарк табобати”, касб
касалликлари ва физиотерапия кафедраси мудири, доцент Ф.Э. Нурбоев

Бухоро Давлат тиббиёт институти факультатив ва госпитал терапия
кафедраси мудири, доцент К.Ж. Болтаев

Муаллифлар: Ички касалликлар пропедевтикаси ва олий хамширалик иши
кафедраси мудири, доцент З.М. Орзиев

Ички касалликлар пропедевтикаси ва олий хамширалик иши кафедраси
ассистентлари: И.О. Бахронова ва Жабборова З.Б.

Укув кулланма: “ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР ПРОПЕДЕВТИКАСИДА
БЕМОРЛАРНИ БЕВОСИТА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИНИНГ УРНИ ВА
АХАМИЯТИ”

З.М. Орзиев
И.О. Бахронова
З.Б. Жабборова

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР

ПРОПЕДЕВТИКАСИДА

БЕМОРЛАРНИ БЕВОСИТА

ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИНИНГ

УРНИ ВА АХАМИЯТИ

Укув кулланма

Бухоро - 2009