

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ

ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ТЕРАПИЯ КАФЕДРАСИ

ЮРАК АОРТАЛ ИЛЛАТЛАРИ

ДАВОЛАШ ФАКУЛЬТЕТИНИНГ 4 КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН ФАКУЛЬТЕТ
ТЕРАПИЯ ФАНИДАН МАЪРУЗА

ТОШКЕНТ - 2006

Маруза матни факультет терапия фанидан Тошкент Тиббиёт Академияси
Урганч филиали марказий услубий хайъати томонидан муҳокама қилиниб
(баённома №____) ва филиал илмий Кенгаши томонидан тасдиқланди
(баённома №____)

МУХ раиси,
Профессор
Нуралиев Н.А..

МАЪРУЗА МАКСАДИ: Юрак аортал иллатлари сабаблари, таснифи, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари ва профилактикасини талабаларга етказиш.

Тарбиявий максадлар: Материални кенг ёритиб бериш йули билан талабаларни шу муаммога кизиктириш, шу касаллик диагностикаси ва даволашдаги охирги янгиликлар билан таништириш. Адабиётлар билан мустакил ишлашга кизиқиш уйғотиш.

Маърузани вазифалари: ʻрганилаётган муаммонинг этиология, патогенез клиникаси, касалликнинг клиник кечиш хусусиятлари ҳамда диагностика ва даволашнинг замонавий усуллари ақтуаллигини хозирги замон талаби миѳиёсида асослаб бериш.

Муаммони долзарблиги: Юрак аортал иллатлари муаммоси ички касалликлар патологиясида асосий уринлардан бирини эгаллайди. Касалликнинг кенг тарғалганлиги, кечишининг ʻзига хослиги ва диагностикадаги кийинчиликлар муаммонинг ахамиятлилигини яна бир карра тасдиглаб туради.

Маъруза режаси:

Маърузани максади ва вазифаси	- 5 минут
Этиология ва патогенези ёритиш	- 15 минут
Классификация ва клиника	- 25 минут
Танаффус	- 5 минут
Беморни курсатиш	- 10 минут
Лаборатор-инструментал диагностика	- 10 минут
Тағтослаш ташхиси	- 5 минут
Даволаш ва профилактика	- 15 минут
Хулоса . Саволларга жавоб	- 5 минут

ЮРАК АОРТАЛ ИЛЛАТЛАРИ

Маъруза мақсади. Талабалар қуйидагиларни аниқлай олишлари ва баҳолай билишлари лозим:

- Аорта қопқоғи нуқсонларини содир қилувчи сабабларни аниқлаш.
- Аорта қопқоғи етишмовчилиги ёки стенозига бевосита тааллуқли белгиларни аниқлаш.
- Аралаш нуқсонда устунлик қилувчи иллат турини топиш.
- Аорта қопқоғи нуқсонларида кузатиладиган асоратларни белгилаш.
- Чап қоринча ўткир етишмовчилигида - юрак астмаси ва ўпка шишида тез тиббий ёрдамни тайинлаш.

Аорта қопқоғи етишмовчилиги.

Мавзу мазмуни

Тарифи. Аорта қопқоғи етишмовчилигида шикастланган яримойсимон қопқоқ аорта тешигини тўлиқ ёпмайди ва диа стола даврида қоннинг бир қисми орқага - аортадан чап қоринчага қайтиб тушади.

Тарқалиши. Мазкур иллат тарқалиши бўйича митрал нуқсонидан сўнг иккинчи ўринда туради ва аорта стенозига қараганда 5 марта кўп учрайди; эркакларда аёлларга нисбатан 10 марта кўп кузатилади. Аорта қопқоғи етишмовчилиги кўпинча митрал иллати билан бирга учрайди, соф холдаги тури эса ревматик нуқсонлар орасида 1,5 фоизни ташкил қилади.

Этиологияси. Аорта қопқоғи етишмовчилиги қуйидаги шароитларда юзага келади.

Органик ўзгаришлар. (Қопқоқнинг буришиб бужмайиб қолиши, қопқоқ пай томирларининг қисқариши).

Ревматизм. Аорта қопқоқ етишмовчилиги маълум даражада юракнинг ревматик нуқсонларига чалинган беморларда учрайди. Митрал стенози тарқалиши бўйича устунлик қилади, лекин аорта етишмовчилиги жуда оғир ревматик эндокардит билан кузатилади.

Инфекционли эндокардит. Аорта қопқоғининг битта ёки бир нечта тавақалари шакли ўзгариши ёки перфорацияси (ёрилиши) билан асоратланади.

Аорта оғзининг қатламланиши. Аорта ўрта қаватининг кескинлашувчи некрози интимани қатлам-қатлам бўлиб кўчишига ва аорта оғзининг қатламларга ажралишга олиб келиши мумкин.

Захм аортити: аорта қопқоғи тавақасининг айрилишини ва аорта етишмовчилиги риважланишини чақиради.

Коллагенозлар аорта қопқоғи етишмовчилигига олиб келиши мумкин.

Функционал ўзгаришлар - нисбий етишмовчилик.

- Аорта оғзининг идиопатик кенгайиши- (кўпинча артерия гипертензиясида, ифодаланган атеросклерозида) - аорта етишмовчилигининг кўпчил сабабларидан бири.

- Аорта оғзи бошланғич (проксимал) қисмининг кенгайиши - артерия конуси мушак толаларини заифлашиши натижасида чўзилиши туфайли вужудга келиб, аорта қопқоқ етишмовчилиги билан кузатилиши мумкун.

Патогенези.

Аорта ярим ой қопқоғи шаклининг бузилиши натижасида аорта қопқоғи тешиги тўлиқ ёпилмайди, натижада диастола вақтида қоннинг бир қисми чап қоринчага қайтиб тушади ва юракнинг қон чиқариш хажми камаяди. Шу даврда чап қоринча нормал миқдоридаги қонни чап бўлмачадан олади, бу ҳолат чап қоринчанинг чўзилишига олиб келади. Кўп миқдорда йиғилган қонни аортага хайдаш учун чап қоринча систола даврида катта куч билан қисқаради. Кучли қисқариши олдин чап қоринча мушаклари гипертрофиясини ривожлантиради, кейинчалик толиқиш натижасида дилатацион кенгайишига ва чап қоринча етишмовчилигига олиб келади. Кўрсатилган омиллар кичик қон айланиш доирасида димланишга, ўпка артерияларида босим кўтарилишига имкон туғдиради, кўшимча юклама олдин чап қоринча дистрофиясини ва кейинчалик чап қоринча етишмовчилигини вужудга келтиради.

Аорта қопқоғи етишмовчилигида систола ва диастола вақтида аортада қон босимининг тезда ўзгариши кузатилади. Диастола даврида аортадан кўп миқдорда қонни чап қоринчага қайтиб тушиши натижасида артерия томирларида диастолик босим пасайишини, систола даврида аортада қон миқдорини кўпайиши систолик босим кўтарилишини чақиради.

Патологик анатомияси. Морфологик ўзгаришлар аорта қопқоғи етишмовчилигига олиб келадиган касалликка боғлиқ .

- Ревматик зарарланишда аорта қопқоғи бужмаяди ва асосида ёпишиб қолади, натижада қопқоқ етишмовчилиги ва тешик торайиши содир бўлади.
- Захм ва атеросклерозда патологик жараён аортани шикастлайди, унинг оғзини чўзилишига олиб келади. Кейинчалик чандикланиш жараёни қопқоқда кечади, у бужмаяди ва қалинлашади.
- Септик эндокардитда ярали парчаланиш аниқланади, ярим ойсимон қопқоқ қалинлашади ва чандиклашади, иллатлар юзага келади ва у ерга фибрин тўпланади. Текширганда чап қоринча бўшлиғининг кенгайиши ва деворининг гипертрофияланиши сабабли чап қоринчанинг кескин катталаниши кузатилади.

Клиник кўриниши. Аорта қопқоғи етишмовчилигида беморлар узок вақт мобайнида шикоят билдирмайдилар, чунки бу иллат бақувват чап қоринчанинг кучли ишлаши натижасида компенсацияланади.

Шикоятлар декомпенсация босқичида содир бўлади.

- Диастолик қон босимининг пасайиши ва миянинг қон билан таъминланишининг бузилиши натижасида бош айланиши ва бош оғриғи содир бўлади.
- Стенокардия характеридаги юрак соҳасидаги оғриқ миокарднинг кескин гипертрофияси ва тож артерияларнинг қон билан тўлишининг ёмонлашиши ҳисобига аортада диастолик босимнинг паст бўлиши билан бирга тож артерияларининг нисбий етишмовчилиги натижасида вужудга келади.
- Бўйинда, бошда қон томирлар тебраниши сезгиси ва юракнинг тез ва нотекис уриши (айниқса ётганда) безовта қилади. Юрак тепкиси кўпинча бошга берилади.
- Чап қоринча мушакларининг қисқариш фаолиятининг сусайиши оқибатида кичик қон айланиши доирасида сурункали қон димланиши ривожланади: жисмоний зўриқишда хансираш вужудга келади, у ортопноэ ва юрак астмаси хуружи билан кечиши мумкун.
- Бехушлик - диастолик артерия босими пасайиши натижасида бош мия қон айланишининг бузилишини туфайли юзага келади.

Кўриш.

- Диастола қон босимининг пасайиши сабабли бемор териси ва шиллиқ қаватлари рангпар.
- Бўйин соҳасида уйқу артерияси кучли тебранади.

- Кўз қорачиғининг диастолик торайиши ва систолик кенгайиши аниқланади.
- Мюссе симптоми - юракнинг систолик ҳажми ва пульс босимининг кўтарилиши туфайли юрак билан бошни бир вақтда тебраниши.
- Квинке пульси - тирноқ сатхининг секин босилганда систолик қизариши ва диастолик бўзариши.
- Ўнг қоринча гипертрофияси натижасида юрак чўкдеи турткиси пастга ва чапга силжиган.

Пальпация - юрак чўкқи турткиси ҳам энига, ҳам бўйига (У-УП қовурғалар оралиғида) катталашган.

Перкуссия - дилатация натижасида юракнинг бўғиқ товуши чапга кенгайган. Юрак бели ифодаланган, аорта конфигурациясини ҳосил қилади.

Аускультация

- Юрак чўққисида I товуш сусайган, чунки систола ёпиқ қопқоқлар даври мавжуд бўлмайди.
- Аортада II товуш ҳам сусайган ёки қопқоқнинг зарарланиши ва диастолик босимнинг пасайиши туфайли эшитилмаслиги мумкин.
- Диастолик шовқин баланд тезликда эшитилади, пуфловчи оҳангда, юмшоқ тембрли, ўнг томонда II қовурға оралиғида гавдани олдинга энгаштириб турган ҳолатда яхши эшитилади ёки Боткин-Эрба нуқтасида қон оқими бўйича чапга ва пастга юрак чўққисига йўналади.

- Чап қоринча кенгайиши натижасида митрал қопқоқнинг нисбий етишмовчилиги ҳосил бўлади - юрак чўққисида функционал систолик шовқин эшитилади.

- Юрак чўққисида функционал хусусиятдаги бўшашиш шовқини - Флинта шовқини эшитилади. У митрал етишмовчилигида атриовентрикуляр тешикнинг нисбий ёки мушак кенгайиши натижасида вужудга келади.

- Кўшалок Дюрозье шовқини сон артериясига стетоскоп босилганда эшитилади.

Пульс (томир уриши) тезлиги ва ритми компенсация босқичида меъёрада, лекин аксарият тезлашган бўлади. Декомпенсация даврида юрак етишмовчилиги бошланиши билан юрак уриш ритми кучаяди.

Кўкрак қафаси рентгенографиясида - чап қоринчанинг катталаниши туфайли юрак бели кескин ифодаланган аорта конфигурацияси аниқланади.

ЭКГ - чап қоринчанинг гипертрофия белгилари ва электр ўқининг чапга силжиши кузатилади. I ва II стандарт, ҳамда кўкрак уланишларида S-T сегменти пасаяди. Гис тутамининг чап оёғида блокада белгилари ёки тож-томир етишмовчилиги пайдо бўлади (Т тишчаси манфий, S-T сегменти пасайган).

ФКГ - ўнг тамонда II қовурға оралиғида юқори частотали диастолик шовқин, II товуш амплитудасининг пасайиши белгиланади.

Эхокардиография - чап қоринча бўшлиғи катталашганини аниқлайди. Қайтган қон оқими тўлқинининг уришидан содир бўлувчи митрал қопқоқнинг диастолик тебраниши рўйхатланади.

Аортография. Рентген контраст модда аортага юборилади ва қонни орқага қайтиши кўз билан аниқланади. қайтиб тушадиган қон ҳажми ҳам ҳисобланади.

Кечиши. Аорта қопқоғи етишмовчилиги чап қоринчанинг бакувват мушаклари гипертрофияси ҳисобига компенсацияланиб касаллик белгилари узоқ йиллар давомида билинмайди, бемор фаол ҳаёт кечириши мумкин.

Юрак мушакларининг зўриқиб ишлаши, ва провардида толиқиши тож артериялари етишмовчилиги натижасида юрак фаолияти сутлашади ва кичик қон айланиш доирасида қон димланиши юз беради, қоринчанинг навбатдан ташқари қисқариши ёки пароксизмал тахикардиянинг қоринча тури ёки бўшашдан олдин от дупурига ўхшаш овоз эшитилади. Чап қоринча етишмовчилиги миокард инфаркти ёки ўпка шиши ҳолатини содир қилиши ва ўлим билан тугаши мумкин.

Ташхис юракнинг аорта конфигурацияси, юрак чўққи турткисини чапга ва пастга силжиши, диастолик шовқин ва сакрайдиган пульснинг мавжудлигига асосланади.

Қиёсий ташхис.

Хилпилловчи аритмия билан кузатиладиган митрал стенози. Аорта қопқоғи етишмовчилигида диастола шовқини асосан ўнг томонда иккинчи қовурға оралиғида, гохида чап тамонда тўш ёнида II ёки III қовурға оралиғида яхши эшитилади. Аорта етишмовчилигида диастолик шовқин пуфловчи, стенозда эса гулдиросли табиатда; бундан ташқари стенозга характерли қарсаксимон I товуш, митрал қопқоқнинг очилиш товуши, чап бўлмача катталашиши ва ЭКГда чап бўлмача ва ўнг қоринча гипертрофияси белгилари йўқ

Аорта қопқоқ етишмовчилиги билан бирга кечадиган захм аортити ревматизм аорта етишмовчилигидан қуйдаги хусусиятлари билан фарқланади: беморлар одатда 35 ёшдан катта (ревматизмда 7-15 ёш). Аорта кўтарилиш қисмининг кенгайиши сабабли ўнг томонда II қовурға оралиғида арраловчи кескин диастолик шовқин эшитилади, ревматизм иллатида эса шовқин Боткин-Эрба нуқтасида яхши эшитилади ва нафис табиатли. Захм аортитида стенокардия типидagi оғриқ симптоми кўпроқ ифодаланган. Анамнез маълумотлари, серология реакциялари натижасида ва захмнинг бошқа клиник симптомлари мавжудлиги тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради.

Чўзилган септик эндокардит билан асоратланган аорта етишмовчилиги асоратланмаган аорта иллатидан талоқнинг катталашиши, истмалаш, «дўмбира бармоқлари» ва бошқа белгилар билан фарқланади.

Давоси. Аорта қопқоғи етишмовчилигининг оғир ҳолатида қопқоқни алмаштириш лозим.

1. Операция учун вақтни танлаш муҳим аҳамиятга эга. Декомпенсациянинг бошланғич белгиларини аниқлаш учун синчиклаб кузатиш керак, чунки қопқоқни алмаштириш декомпенсациягача бўлган даврда ўтказилса яхши натижа беради.

2. Агар операция режалантирилмаса чап ва ўнг қоринча етишмовчилигида консерватив даво усули ҳолатни яхшилланишини юзага келтиради:

- юрак гликозидлари.
- сийдик хайдовчилар.
- вазодилататорлар.

Профилактикаси. Аорта қопқоғи етишмовчилигига олиб келадиган касалликлардан сақлаш ва вақтида даволашдан иборат. Сурункали инфекция ўчоқларини йўқотиш, патологик жараёнларни ва хамрох касалликларни, яъни организмнинг компенсатор фаолиятини сусайтирадиган хасталикларни даволаш муҳим роль ўйнайди.

Аорта оғзи торайиши (аорта стенози)

Аорта оғзи торайиши (аорта стенози) чап қоринча қисқаришида қонни аортага ўтишига қаршилиқни вужудга келтиради. Аорта стенози мустақил равишда алоҳида кам учрайди ва ҳамма юрак иллатларини 1-2 фоизини ташкил қилади. У кўпинча аорта қопқоғи етишмовчилиги ва митрал нуқсони билан биргаликда келади.

Этиологияси

Ревматик эндокардит - аорта қопқоқ тавақалари асосида бир бирлари билан ёпишиб, тешик хажмини кичрайтиради.

Атеросклероз - 60 ёшдан улуғ одамларда қопқоқ тавақаларига кальций тузлари тўпланиб, чандикланиши ва бурилиши натижасида тешик торайиши юзага келади.

Септик эндокардит - аорта қопқоқларида сўғалсимон-тромбсимон маҳсулотлар йиғилиши, охакланиши ҳисобига аорта оғзи тораяди.

Туғма аорта стенози - одатда болалик даврда намоён бўлади, кам ҳолларда ўсмирларда учрайди.

ПАТОГЕНЕЗИ.

Аорта стенозида систола даврида торайган тешик орқали аортага қон ўтиши қийинлашади ва бир қисм қон қоринчада қолади. Диастола даврида қолдиқ қонга чап бўлмачадан тушган нормал миқдордаги қон қўшилади, натижада қоринча кенгаяди ва босим ортади. Ортиқча миқдордаги қонни аортага отиб чиқариш учун чап қоринчанинг кучли қисқариши вужудга келади. Агар аорта оғзи торайиши кўпгина бўлса, қоринчанинг қисқариши (қонни хайдаш) вақти узаяди. Систола даврининг учраши, чап қоринчада босим ошиши аортага хайдаладиган қоннинг кўпайишига олиб келади. Юқори босим таъсирида чап қоринча кучли ишлайди, натижада гипертрофияланади - тоноген дилатация содир бўлади.

Гипертрофия - чап қоринча девори систолик қисқаришининг компенсатор реакцияси. Гипертрофия натижасида қоринча деворининг қалинлашиши босим юкламасидан муҳофаза қилади, қоринча девори таранглигини ва қайишқоқлигини (юмшоқлигини) камайтиради. Гипертрофиянинг характерли белгилари: диастолик босим ошиши, кислородга миокард талабининг кўпайиши, миокард ишемияси.

Чап қоринча мушаги қисқаришининг пасайиши, қоринча бўшлиғининг кенгайиши миогенли дилатацияга ва бўлмачада босим кўтарилишига олиб келади. Натижада кичик қон айланиш доираси томирларида гипертензия ривожланади ва ўнг қоринча гипертрофиясини юзага келтиради.

ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯСИ.

Қопқоқ тавақалари ўзаро бирикади, чандиклашиб тортиши натижасида қопқоқ тешиги тораяди. Чап қоринча ҳажми катталашгани, мушак деворининг гипертрофиялашгани аниқланади.

КЛИНИК КЎРИНИШИ. Хасталикнинг компенсация босқичида миокарднинг кучли қисқариши билан қаршиликни енгиши қоринчадан аортага отилиб чиқаётган қон миқдорини ўзгартирмай, меъёрга сақлайди, беморлар шикоят қилмайдилар, бирмунча жисмоний иш ҳам бажарадилар. Бироқ вақт ўтиши билан чап қоринча фаолияти заифлашиши натижасида декомпенсация белгилари содир бўлади.

Шикоятлари.

Стенокардия хуружи аорта стенозида тез-тез учрайдиган белги ҳисобланади. Жарроҳлик усули билан даволанмаган 50% беморлар стенокардия белгиси намоён бўлгандан сўнг 5 йил мобайнида вафот қиладилар. Стенокардия хуружининг сабаби гипертрофияланган миокарднинг тож артериялар орқали қон ва оксиген (кислород) билан таъминланишининг камайиши ҳисобланади.

Бехушлик - бош миyanинг қон билан таъминланиши кескин пасайишига боғлиқ ҳолда умумий периферик томирлар қаршилигининг заифлиги туфайли артерия босимининг пасайиши сабабли жисмоний зўриқишда вужудга келади. Бехушлик сабаблари орасида бўлмача ва қоринча аритмиялари, юракнинг оҳакланиши (кальцификацияланиши) натижасида ўтказувчан системасининг блокадаси ҳам муҳим роль ўйнайди.

Юрак етишмовчилиги. Аорта стенози билан хасталанган ва жарроҳлик давосисиз ривожланган юрак етишмовчилигида 50 фоиз беморлар 1-2 йил орасида нобуд бўладилар. Юрак етишмовчилигини ривожлантирувчи сабабларга ортиқча юклама таъсири ва миокарднинг систолик ва диастолик фаолиятининг бузилиши киради.

Кўриш.

- Тана териси ранги рангпар бўлади.
- Юрак иллоти ёшлиқда шаклланган бўлса, юрак соҳасида юрак букури кузатилади.
- Чап қоринчанинг кенгайиши натижасида юрак чўкки турткиси кенгайган, пастга ва чапга силжиган, лекин у аорта қопқоғи етишмовчилигидан камроқ ривожланган.

Пальпация.

- Юрак чўкки турткиси баланд, резистентли, секин кўтариладиган, гоҳида у VI қовурға оралиғига силжиган бўлади.

- Аорта тешиги устида, II қовурға оралиғида, тўш суягининг ўнг қиррасида систолик титраш («мушук хириллаши») белгиси аниқланади.

Перкуссия.

- Юрак чапга кенгайган.
- Юрак бели ифодаланган.
- Юрак шакли (конфигурацияси) аортал.

Аускултация.

- Юрак чўққисида чап қоринчанинг қонга ортиқча миқдорда тўлиши ва секин қисқариши сабабли I товуш сусайган.

- Аорта қопқоғи тавақалари ҳаракати чегараланганлиги натижасида аорта устида II товуш ҳам пасайган ёки у эшитилмаслиги мумкин.

- Аорта устида дағал систолик шовқин эшитилади ва у бўйин томирларига тарқалади. Шовқин митрал қопқоқ устида ҳам аниқланиши мумкин, у аортадан тарқалади, натижада митрал етишмовчилиги тўғрисида хато таасурот туғдиради.

Пульс (томир уриши) - аорта стенозида ўзига хос хусусиятга эга: у кичик ораливда секин кўтарилади ва секин пасаяди. Қон чап қоринчадан аортага қийинчилик билан секин ўтиши туфайли томир уриши тезлиги камайган, суст ва кичик бўлади.

Артерия босими. Систола босими пасайган, диастола босими озгина кўтарилган. Томир уриш босими камайган.

Рентгенологик текшириш. Хасталикнинг компенсация босқичида юрак ҳажми катталашмаган ёки чап қоринчанинг бир оз кенгайганлиги аниқланади. Декомпенсация бошланиши билан чап қоринчанинг, сўнгра чап бўлмачанинг кескин кенгайиши ҳам кўшилади. Натижада юрак аорта конфигурацияси олади.

ЭКГ - чап қоринча гипертрофияси ва тож-томирлар етишмовчилиги белгилари аниқланади: юракнинг электр ўқи чапга силжиган, Т-тишчаси текисланади ёки манфий бўлади. Гис тутами чап оёқчасида ўтказувчанликнинг бузилиши (блокада) аниқланади.

ФКГ. Ўнг томонда II қовурғалар оралиғида тўш суяги қиррасида систола даврида ромбсимон шаклдаги систолик шовқин қайд қилинади. Флюроскопия кўпинча аорта қопқоғининг калцинозланганлигини аниқлайди. Калцинозланиш қанча кўп ифодаланса, аорта стенози шунча оғир кечади.

Эхокардиография - аорта стенози мавжудлигидан маълумот бериши мумкин.

Юрак катетеризацияси бевосита босим градиентини ўлчайди ва аорта стенози оғирлик даражасини аниқлайди.

Кечиши - аорта оғзининг торайиш даражасига ва чап қоринча қисқариш қобилияти ҳолатига боғлиқ. Хасталикнинг компенсация даврида беморлар ҳеч қандай шикоят қилмайдилар ва жисмоний зўриқишни яхши ўтказадилар. Декомпенсация босқичида стенокардия, ҳансираш ёки юрак астмаси ҳуружлари кузатилади. Қон айланишининг бузилиши кескин ривожланганда беморлар ўпка шиши ёки миокард инфаркти билан кузатиладиган юрак етишмовчилигидан вафот қилишлари мумкин.

Ташхис қуйидагиларга асосланади:

Қопқоқ белгилари:

- Систолик шовқин.
- Систолик титраш.
- II товушнинг сусайиши.

Чап қоринча гипертрофияси белгилари:

- Чўққи тепкисининг кучайиши.
- Юрак чегарасини чапга кенгайиши
- Ренгеноскопияда чап қоринча катталашуви.
- ЭКГда чап қоринча гипертрофияси белгилари.

Юрак тепкисидаги ҳайдалаётган қон миқдори камайиши белгилари:

- Тез чарчаш, умумий беҳоллик.

- Бош оғриши, бош айланиши.
- Хушдан кетиш.
- Юрак соҳасида оғрик туриши.
- Ҳарсиллаш.
- Систолик қон босимининг пасайиши.
- Кичик ва секин томир уриши.

Қиёсий ташхис. Систолик товуш эшитиладиган касалликлар билан ўтказилади.

Функционал систолик шовқин ёшлик чоғларида кузатилади. Шовқин пуфлайдиган характерда, қисқа нафас ҳаракати билан боғлиқ. Чапда II қовурға оралиғида ва юрак чўққисида яхши эшитилади, лекин бунда II товуш сусайган ва шовқин бўйин томирларига тарқалмайди.

Ўпка артерияси стенози:

- Систолик шовқин чапда II қовурға оралиғида яхши эшитилади.
- II товуш сусайган.
- ЭКГда ўнг қоринча гипертрофияси белгилари.
- Рентгенда ўпка расми сусайган ва стеноз орти ўпка артерияси кенгайган.

Аорта коарктацияси (туғма кисилиши)

- Систолик шовқин дағал.
- Шовқин йирик артерияларга ва курак оралиғи соҳасига тарқалади.
- II товуш кучайган.
- ЭКГда чап қоринча гипертрофияси белгилари.
- Оёқ артерияларида пульс тўлиши ва таранглашиши сусайган.
- Бўйин ва курак соҳаларида юза жойлашган артериялар кенгайган.

Гипертония касаллиги ва захм артрити. Аорта устида эшитиладиган систолик товуш дағал, лекин аорта иллатидан фарқи аорта усти II товуш кучайган.

Аорта атеросклерози.

- аорта устида систолик шовқин пасайган ва қисқа.
- II товуш кучайган.
- Атеросклероз белгилари бошқа томирларда ҳам кузатилади.

Давоси.

Вақтинча чоралар.

Дори-дармонлар билан даволаш аорта стенозининг асосий даво чоралари ҳисобланмайди, лекин гликозидлар ва диуретиклар юрак етишдоовчилигини вақтинча камайтириши мумкин.

Баллонли вальвулопластика - торайган аорта оғзига киргизилган баллонни пуфлаш хасталикнинг клиник белгиларини вақтинча камайтиради.

Радикал (асосий) даво - аорта копқоғини кўчириб ўтказиш. Чўчка юраги гомотрансплантати, гетеротрансплантларидан ёки сунъий копқовдан фойдаланилади.

Гомотрансплантатлар ўз вазифаларини яхши бажарадилар ва коагуляцияга қарши даво талаб қилинмайди. Муаммо мос донорлик юрагини топиб (копқокни эмас), трансплантацияда фойдаланишдан иборат.

Гетеротрансплантатлар ҳам коагуляцияга қарши даво чораларини қўллашни талаб қилмайди, лекин 10 йилдан сўнг унинг парчаланиши вужудга келади.

Сунъий копқок - биопротезлар узоқ хизмат қилади, лекин коагуляцияга қарши даво чораларини талаб қилади.

Профилактикаси. Касалликни олдини олиш аорта оғзи торайишига олиб келувчи касалликлар олдини олишга ва уларни қунт билан даволашга қаратилади.

АМАЛИЁТДАН МИСОЛЛАР :

Масала 1. Урмон хужалиги соғломлаштириш пунктига 34 ёшли геолог охирги ҳафтада озгина ҳаракат қилса вақти-вақти билан қурак қисиш аломати, қурак уриб қетиши, физик зуриқишда хансираш, бугимларда қучиб қуви оғрик, умумий ҳолсизлик бўлаётганлигидан ишқоят қилиб қелган. Ҳаракат қилишни тухтатган 2-3 минутдан қейин ноҳуш сезги йуқолган. 1 йилдан бери қасал. Олдин соғлом бўлган. Иш вақтида ҳар қил қисмоний ишларни қажаришга тугри қелар эди. Об'ектив текширилганда қурак учи турткиси сал қуайган, туш суяги чап қирғоги бўйлаб протодиастолик шовқин эшитилади. Томир уриши минутига 100 марта, тез, қаланд, АҚБ 140/40. Қорни қушқок, оғриксиз. Қигар унғ қовурга бўйлаб. ЭҚГда чап қоринча гипертрофияси белгилари.

Ташхис Қайтлама ревматик иситма. Қардит. Қурак аортал иллоти. Аорта қопқок етишмовилиги

Асор. НК I

Саволлар

1. Яна қайси текшириш усуллари қерак
2. Даволаш принциплари

ДЕМОНСТРАЦИОН МАТЕРИАЛ:

Мавзу бўйича мулътимедияда слайдлар, рентген сурати қурсатилади.

Мавзу бўйича 1 та бемор тахлил қилинди.

АУДИТОРИЯГА САВОЛЛАР:

Қонтрол саволлар

1. Қурак аортал иллатлари сабаблари.
2. Қурак аортал иллатлари аускультатив белгилари
3. Қурак аортал иллатларини даволаш принциплари

ХУЛОСА

Демак, Қурак аортал иллатлари тиббиёт амалиётида қенг учрайди. Уларни °з вақтида аниқлаш, бир-биридан фарқлай қилиш, қасалликни даволашнинг самарасини оширувчи омиллардан бири б°либ °исобланади. Қасалликнинг ташхисини лаборатор ва функционал текширувлар а³амиятининг қатта эканлигини °исобга олиб, Қурак аортал иллатларига ҳос лаборатор ва функционал текширувлардаги °зғаришларни фарқлай қилиш талаб қилинади.

АДАБИЁТЛАР:

1. Бобожонов С.Н. Ички қасалликлар. Тиббиёт институтлари талабалари учун Т., Ибн Сино. 2003.

2. Внутренние болезни. Под ред. Ф.Комарова, В.Г. Кукеса, А.С. Сметнева. 2-ое перераб. И доп. Изд. М.Медицина. 1990., с 454-460.
3. Внутренние болезни. Лекции для студентов и врачей. Под ред. Б.И. Шулутко. – Л., 1991. С 364-373.
4. Внутренние болезни. В 10 книгах, ред. Т.Р.Харрисон, книга 6, перевод с английского языка. Под ред. Е.Браунвальд. М., Медицина, 1993. Инфекционные заболевания мочевых путей. Пиелонефрит и родственные с ними состояния. Уолтер Е.Стамм, Марвин Турн. С 341-342.
5. Маколкин В.И. Овчаренко С.И. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям. М. Медицина. 1994.
6. Камолов Н.М. Куйлиев М.У. Ички касалликлар. Укув кулланмасы.- Т. Ибн Сино. 1991.
7. Моисеев В.С., Сумарков А.В. Внутренние болезни и их особенности в тропиках. Учебное пособие. –М., Медицина. 1990. С 299-302.
8. Практическая нефрология / А.П.Пелешук, Л.А. Пыриг., Н.Я.Мельман и т.д. Под. Ред. Проф. А.П.Пелешука. 2-е изд. Киев.: Здоровья.1983.
9. Справочник не нефрологии./Авт.: И.Е.Тареева, С.О.Андросова. В.М. Ермоленко и др.: Под ред. И.Н.А.Мухина. М., Медицина, 1980
10. У.Б.Шаропов, Ф.Х.Гаффорова, У.И.Шодмонов, У.Б.Шаропов тахрири остида. – Т.:Ибн Сино, 1994.
11. . <http://www.meddean.luc.edu>
Энциклопедия обследования больного со множеством иллюстраций, краткое описание болезней, тестирование.
12. <http://www.embbs.com>
Истории болезни, обучение, атлас по КТ, ЭКГ и др.