

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ

ФАКУЛЬТЕТ ТЕРАПИЯ КАФЕДРАСИ

ЮРАК МИТРАЛ ИЛЛАТЛАРИ

ДАВОЛАШ ФАКУЛЬТЕТИНИНГ 4 КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН ФАКУЛЬТЕТ
ТЕРАПИЯ ФАНИДАН МАЪРУЗА МАВЗУСИ

УРГАНЧ- 2006

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

МУХ раиси,
Профессор

Нуралиев Н.А..

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

Тарбиявий мақсадлар: Материални кенг ёритиб бериш йули билан талабаларни шу муаммога кизиштириш, шу касаллик диагностикаси ва даволашдаги охири янгиликлар билан таништириш. Адабиётлар билан мустақил ишлашга кизиқиш уйғотиш.

Маърузани вазифалари: Ҳосил қилинган муаммонинг этиология, патогенез клиникаси, касалликнинг клиник кечиш хусусиятлари ҳамда диагностика ва даволашнинг замонавий усуллари ақтуаллигини ҳозирги замон талаби миқёсида асослаб бериш.

Муаммони долзарблиги: Юрак митрал иллатлари муаммоси ички касалликлар патологиясида асосий уринлардан бирини эгаллайди. Касалликнинг кенг тарқалганлиги, кечишининг оғир хослиги ва диагностикадаги қийинчиликлар муаммонинг аҳамиятлилигини яна бир қарар тасдиқлаб туради.

Маъруза режаси:

Маърузани мақсади ва вазифаси	- 5 минут
Этиология ва патогенези ёритиш	- 15 минут
Классификация ва клиника	- 25 минут
Танаффус	- 5 минут
Беморни қурсатиш	- 10 минут
Лаборатор-инструментал диагностика	- 10 минут
Ташхис	- 5 минут
Даволаш ва профилактика	- 15 минут
Хулоса . Саволларга жавоб	- 5 минут

ЮРАК МИТРАЛ ИЛЛАТЛАРИ

Юрак митрал нуқсони - юракнинг чап бўлмачаси билан қоринчаси ўртасидаги (атриовентрикуляр) тешик соҳасида қонни кичик доирасидан каттага қийинчиликда ўтиши билан кузатиладиган митрал қопқоқ зарарланиши. Юрак етишмовчилиги аксарият чап қоринча, кейин ўнг қоринча дамланиши кўринишида ифодаланади.

Митрал қопқоқ етишмовчилиги (митрал етишмовчилик).

Қопқоқ аппарати тузилишининг ўзгариши туфайли чап қоринча систоласи вақтида табақа тўлиқ ёпилмайди, натижада қоннинг бир қисми орқага - қоринчадан бўлмачага қайтиб тушади. Юрак нуқсонлари билан оғриган беморларнинг кам қисми (тахминан 10 фоизи) ҳолис митрал қопқоқ етишмовчилигини ташкил қилади.

Этиологияси.

- Функционал ёки нисбий қопқоқ етишмовчилигида митрал қопқоқ ўзгармайди, унинг тешиги кенгаяди ва қопқоқ табақалари систола даврида атриовентрикуляр тешикни зич ёпмайди. Функционал қопқоқ етишмовчилигини вужудга келтирувчи сабаблар:

Вегетатив нерв аппарати дисфункциясида (фаолияти бузилишида) қопқоқ ҳалқасини ташкил қилувчи айланма мушак толалари заифлашиши (бўшашиши) мумкин, натижада қопқоқ тешиги кенгаяди.

Қопқоқ, табақаларини тегишли ҳолатда ушлаб турувчи папилляр мушак шикастланганда, унинг тонуси пасайганда систола даврида қопқоқ табақалари қисман чап бўлмача бўшлиғига тушади, тонуси кучайганда эса, қопқоқ табақалари митрал тешикни тўлиқ ёпмайди, тирқиш қолади.

Яллиғланиш, дистрофия, склероз туфайли миокард зарарланганда чап қоринча бўшлиғи катталашади ёки митрал тешиги кенгаяди ёки папилляр мушаклар шикастланади, натижада тешик зич ёпилмайди.

Митрал қопқоқнинг органик етишмовчилиги.

Ревматизм- ревматик эндокардит қопқоқ табақаларида деструктив ўзгаришларни вужудга келтиради; қопқоқ табақасида бириктирувчи тўқима ривожланади, кейинчалик у чандикланади ва бурушади, қопқоқ табақаси қискаради ва унга келувчи пайларига калталашади, қопқоқ етишмовчилиги содир бўлади.

ЮИКда сўрғичсимон мушакларнинг қон билан тўла таъминланмаслиги ва кардиосклерозга учраганлиги сабабли фаолиятининг бузилиши қопқоқ етишмовчилигига олиб келади.

Инфекцион эндокардит. Митрал қопқоқни бактери ялар билан шикастланиши унинг деструкциясига ва кейинчалик етишмовчилигини вужудга келтиради.

Атеросклероз билан шикастланганда қопқоқ шакли ўзгариб қаттиклашади, бужмайиб ҳажми кичраяди ва систола даврида зич ёпилмайди.

Бириктирувчи тўқиманинг диффузли (тарқалган) яллиғланиш касалликлари (ревматоидли артрит, системали қизил бўрича, склеродермия).

ПАТОГЕНЕЗИ.

Митрал қопқоқ етишмовчилигида диастола тамом бўлгач, зарарланган қопқоқ чап атриовентрикуляр тешикни тулиқ ёпмайди, тирқиш содир бўлади.

- Чап қоринчанинг систола даврида мазкур тирқиш орқали қоннинг маълум миқдори орқага қайтади ва чап бўлмачага тушади. Чап бўлмача бўшлиғида одатдагидан кўпроқ ҳажмда қон тўпланиши (қоринчадан қайтадан қон ва ўпка венасидан оқиб келадиган қон) сабабли у кенгаяди, босими кўтарилади, юрак етишмовчилик белгиларини чақиради.

- Вакт ўтиши билан чап бўлмача чўзилиши ва бўшлиқ ҳажми анча кўпаяди, девор мушак қавати гипертрофиялашади, бу ҳолат компенсация кўринишида чап бўлмача

босимини нисбий физиологик даражагача камайтиради. Чап қоринчага бўлмачадан ортиқча микдорда қон тушиши туфайли чап қоринча бўшлиғи ҳам кенгаяди, босими ортади, девор мушаклари қисқариши кучаяди, натижада чап қоринча гипертрофияси ривожланади. Чап қоринча мушаги деярли кучли бўлганлиги сабабли зўр бериб ишлаши натижасида аортага меъёрдаги қон тушади. Бактериялар таъсирида митрал қопқоқ шикастланиши унинг шакл бузилишига ва кейинчалик қопқоқ етишмовчилигига олиб келади.

- Кейинчалик чап қоринча мушак қаватининг толиқиши натижасида қисқариш қобиляти заифлашади, юракдан аортага қон ўтиши камаяди, чап бўлмача бўшлиғида қон босими ошади, бу эса ўз навбатида ўпка веналари, капиллярлари, артериолаларидаги қон босимининг кўтарилишини вужудга келтиради.

- Ўпка томирларида қон босимининг кўтарилиши натижасида ўнг қоринча ортиқроқ ишлайди, мушак девори гипертрофияланишига. Кейинчалик ўнг қоринча мушакларида дистрофик ўзгаришлар ривожланиши туфайли унинг қисқариш қобиляти камаяди ва катта қон айланиш доирасида қон димланиши вужудга келади.

КЛИНИК КЎРИНИШИ қопқоқдаги иллат даражасига ва миокарддаги ўзгаришларга боғлиқ. Беморнинг умумий ҳолати компенсацияланган ва декомпенсацияланган бўлади.

Шикоят. Фаолсиз ревмокардит билан кузатиладиган компенсация даврида бемор шикоят билдирмайди, декомпенсация даврида эса митрал қопқоқ етишмовчилиги симптомлари чап қоринча етишмовчилиги кўринишига ўхшаш (ҳансираш, ортопноэ, юрак астмаси).

- Ўпка гипертензияси ва ўнг қоринча етишмовчилиги давомли ва оғир митрал етишмовчилигида вужудга келади.
- Тромбоэмболиялар кўпинча бўлмача фибриляцияси билан кузатиладиган беморларда содир бўлади..

Физикал белгилар.

- Юрак чўкки тепкиси - кучайган, яққол кўринади, пастга ва чапга силжиган, ёйилган.
- Уйқу артерияси уриши анча сезиларли, лекин зарб ҳажмининг камайиши туфайли кам тўлишган.
- Бўйинтуруқ венаси бўртиб чиқади.

Перкуссияда юракнинг нисбий чегараси чапга ва юқорига силжийди, юрак бели тўғриланади.

Аускултацияда юрак учи:

- I товуш сустлашган ёки йўқолади,
- Систологик шовқин - энг яхши эшитиладиган жойи юрак учи турткисида, қўлтиқ остига ва юрак асосига тарқалади, кўпинча систологик титраш билан кузатилади.
- Чап бўлмачадан ортиқча қон тушганда чап қоринчанинг тезда тўлиши ва деворининг тебраниши натижасида кўп ҳолларда **III** товуш эшитилади.

ТАШХИСИ.

Систолик шовқин юрак чўққисида, култиқ остига йўналади.

I товуш юрак чўққисида пасаяди ёки систолик шовқин билан қўшилиб, йўқолади.

II товуш ўпка артериясида кучаяди.

ЭКГ - чап бўлмача ва қоринча гипертрофияси белгилари.

Кўкрак қафаси рентгенографияси - юрак катталашганини аниқлайди. Юрак етишмовчилиги симптомлари содир бўлса, рентгенограммада ўпкада қон димланиши белгилари мавжуд бўлади.

Эхокардиография.

- Хорда пайлари шикастланишини ёки систола даврида чап бўлмачага митрал қопқоқ тушиши аникланади.

- Чап бўлмача ва чап қоринча катталашгани топилади.

КИЁСИЙ ТАШХИС. Митрал систолик шовқинни аортал ва трикуспидал, ҳамда нисбий пулмонал стенози шовқинидан ажратиш даркор.

Пулмонал стенози.

- Систолик шовқин Боткин-Эрба нуқтасида жойлашади, юрак уккисида йўналиши мумкин.
- Дағал шувулловчи тембрда.
- Урғучсимон конфигурацияда.
- Систолик шовқин I товушга қўшилмайди (ФКГ-контрол).

Диффузли миокардит, дилатацияли кардиомиопатия, гипертония касаллигида систолик шовқин юракнинг кенгайиши натижасида қопқокнинг морфологик ўзгаришсиз нисбий етишмовчилиги туфайли содир бўлади. Мазкур хасталикларда юрак нуқсонидан фарқи чап қоринчанинг ўта кенгайиши, чап бўлмачанинг озгина кенгайиши билан кузатилади.

Митрал қопқок пролапси - қопқок табақаси чап бўлмача бўшлиғига қисман тушади ва қон регургациясини вужудга келтиради.

- I товуш ўзгармайди.
- Бемор вертикал ҳолатда турганида ёки нитроглицерин қабул қилганидан сўнг шовқин кучаяди, бета- адреноблокатор истеъмоли эса шовқинни пасайтиради.
- Эхокардиография- митрал қопқок пролапсини аниқлайди.

ДАВОСИ.

Дори-дармон воситалари.

- Юрак гликозидлари хилпиловчи аритмияда юрак қисқариши миқдорини камайтиради.
- Диуретиклар - ўпка гипертензиясини ва димланиш ҳолатларини камайтиради.
- Вазодилататорлар - митрал қопқок фаолиятини яхшилайдиган чап қоринча ҳажмини кичрайтиради, юракдан қон чиқишини содирлайди, қон регургациясини камайтиради, аортага қон чиқишидаги қаршилиқни пасайтиради.
- Антикоагулянтлар - митрал қопқок етишмовчилиги билан хасталанган беморларга бўлмача фибриляцияси содир бўлганда буюрилади.

Жарроҳлик воситалари. Клиник белгилари оз бўлиб, давомийлиги узоқ чўзилган митрал етишмовчилиги билан хасталанган беморларга митрал қопқоғини алмаштириш ёки тиклаш тавсия қилинади.

- Қопқокни алмаштириш миокард фаолиятининг ўзгариши пайдо бўлгунча ўтказилади, чунки миокарддаги патологик жараённи мутлақо қайтариб бўлмайди ва жарроҳлик муолажаларининг муваффиқиятли яқунланишига умид камаяди.
- Қопқокни тиклаш уни алмаштиришга нисбатан бир қанча устунликка эга:

Антикоагулянтлар қабул қилишга муҳтожлик йук

Чап қоринча тикланишига олиб келади.

МИТРАЛ ТЕШИК ТОРАЙИШИ - МИТРАЛ СТЕНОЗИ.

ЭТИОЛОГИЯСИ. Чап атриовентрикуляр тешик торайиши - митрал стенози асосан ревматизм, кам ҳолларда септик эндокардит натижасида вужудга келади.

ТАРҚАЛИШИ. Митрал стенози митрал қопқок нуқсонларининг 45-70 фоизини ташкил қилади. Одатда ёшларда, кўпинча аёлларда учрайди.

ПАТОГЕНЕЗИ.

- Митрал стенози қон оқимини чап бўлмачадан чап қоринчага ўтишида қаршилик кўрсатади. Қон бўлмачадан қоринчага ўтиш даврида маълум миқдордаги қон чап бўлмачада қолиб кетади. Бўлмача бу даврда ўпка венасидан нормал миқдордаги қонни олади, бўлмачада босим кўтарилади. Бўлмача мушаклари жуда кучсиз ва тезда кенгаювчан. Чап бўлмачада қон босими ошиши ўпкада қон димланишини чақириб, ўпканинг қон айланиш ҳолатига салбий таъсир кўрсатади. Митрал стенози жадаллашуви юракдан чиқадиган қон ҳажмини анча камайтиради.

- Ўнг қоринча чап қоринчанинг қон билан тўлишини таъминлаб, муттасил митрал қопқоқ стенози қаршилигини баратараф қилиб туради. Ўпка венаси босимининг ошиши барорецепторларни таъсирлайди ва ўпка артериялари спазмасини (торайишини) вужудга келтиради (Китаев рефлeksi). Торайган митрал тешиги ва ўпканинг иккиламчи вазоконструкциясини енгил учун ўнг қоринча нормал кўрсаткичдан 3-5 марта кучлироқ қисқаради ва қоннинг дақиқали ҳажмини меъёрида ушлаб туради. Вақт ўтиши билан ўнг қоринча гипертрофияланади, кейинчалик зўриқиб ишлаши натижасида унинг кенгайиши (дилатацияси), унинг етишмовчилиги ривожланади ва катта қон айланиш доирасида қон димланиши пайдо бўлади.

- Митрал стенозида чап қоринчага диастола вақтида қон кам. Унинг мушаклари атрофияга учраб боради, чап қоринча ўлчами кичиклашади.

ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯ. Митрал стенозида патоморфологик ўзгаришлар гранулеманинг чандикланиши, қопқоқ табақаларининг склерозланиши ва ўзаро битиши, пай ипчаларининг қалинланиши ва калталаниши натижасида тешикни торайиши билан ифодаланади. Митрал тешик майдони меърада 4-6 см² ташкил этади. Митрал стенозида тешик 1,5 см² гача ва ундан ҳам кўпроқ торайиши мумкин. Мазкур иллатда қоннинг чап бўлмачадан чап қоринчага ўтиши қийинланиши натижасида чап бўлмача гипертрофияланади, сўнгра унинг дилатацияси ривожланади.

КЛИНИК КўРИНИШИ. Стеноз даражасига, ревматизм жараёнининг фаоллик даражасига, нуқсон таъсирида организмда умумий ўзгаришлар ривожланишига боғлиқ. Компенсация (силлиқланиш) босқичида беморлар шикоят қилмайдилар ва ташхис аускултатив, асбоб-ускуналар (қурилмалар) ва рентген текширувлари асосида қўйилади. Кичик қон айланиш доирасида димланиш ривожланиб, босим кўтарилганда, яъни декомпенсация белгилари вужудга келганда беморлар шикоят билдирадилар.

Симптомлари.

Чап қоринча етишмовчилиги - чап қоринча заифлиги туфайли бўлмай, балки митрал стенози натижасида содир бўлади. Чап қоринчадан қон чиқишининг камайиши ва чап бўлмачада босим кўтарилиши ҳансираш, юрак ўйнаши, қон тупуриш, ортопноэ ва юрак астмаси хуружини вужудга келтиради. Мазкур белгилар, дастлаб, юрганда, зўриқиб ишлаганда, кейинчалик тинч ҳолатда ҳам безовта қилади.

- Ҳансираш ўпкада димланиш ривожланиши натижасида кислород етишмовчилигига боғлиқ.

- Қон тупуриш - кичик қон айланиш доирасида босим кўтарилиши оқибатида қонтомирлар ёрилиши ёки ўпкада инфаркт содир бўлиш натижасидир.

- Юрак соҳасидаги оғриқ - кенгайган чап бўлмача билан чап тож артериясининг эзилиши туфайли миокард ишемияси содир бўлиши ёки ревматик коронарит билан боғлиқ.

Ўнг қоринча етишмовчилиги - ўпка гипертензияси натижасида ривожланади ва жигар катталашишига боғлиқ - ўнг қобирға ости соҳасида оғирлик хисси ёки симилловчи оғриқ, ҳамда шиш, асцит, иштаха йуқолишини вужудга келтиради.

Системали тромбозмболиялар - митрал стенозида чап бўлмачада қон димланади, бўлмача кенгайди, кейинчалик хилпилловчи аритмия содир бўлиши билан бўлмача

систоласи заифлашади. Чап бўлмачада пайдо бўладиган тромблар системли эмболиялар манбаи бўлиши мумкин.

Дисфония (товуш бўғилиши), **дисфагия** (ютиш қийинлашиши) кенгайган чап бўлмача билан халқим эзилиши натижасида ривожланади.

ФИЗИКАЛ БЕЛГИЛАР.

Кўриш.

- Юзлари бўзарган, лаблари, бурун учи, қўл-оёқ бармоқлари бир оз кўкарган. Цианоз капиллярларда қон оқиши секинлашиши натижасида тўқималарга кислороднинг берилиши туфайли вужудга келади.

- Буйин веналари кенгайиши, бўртиб чиқиши кузатилади.
- Ортопноэ - ноиложлик вазияти, хансирашни кучайиши натижасида бемор ўтириб нафас олади.

- Митрал стенози ёш болаларда содир бўлса организм жисмоний ривожланишидан (бўй ўсишдан) орқада қолади, катта ёшларда бўлса, бемор афтидан ёш кўринадилар.

- Митрал стенози ёшликдан, кўкрак қафаси хали юмшоқ (қайишадиган) даврда учраса «юрак букири» пайдо бўлади, яъни бу соха бўртиб чиқади. Мазкур ҳолат юрак гипертрофиясига ва кенгайишига боғлиқ. Ўта ифодаланган ўнг қоринча гипертрофияси ва дилатациясида (кенгайишида) юракнинг мутлоқ бўғиқ соҳасида пулсация, яъни юрак уриши кучайган бўлади.

Палпация.

- Ўнг қоринчанинг гипертрофияси ва кенгайиши натижасида юрак турткиси аниқланади (юрак учи турткиси йўқолади).

- Юрак чўққисида кўкрак қафасининг диастолик титраши - «мушук хуриллаши» симптоми кузатилади.

- Эпигастрия соҳасида гипертрофияланган ўнг қоринчанинг кучайган пулсацияси аниқланади.

Перкуссия

- Юрак чап чегарасининг бўғиқ товуши эшитилмайди.
- Юрак чегараси ўнгга ва юқорига кенгайган. Юқорига кенгайиши - чап бўлмача ва ўпка артериясининг кенгайиб, бўртиб чиқиши натижасида вужудга келади. Юракни ўнг томонга катталашишқ ўнг қоринча ва ўнг бўлмачанинг олдин гипертрофияси, кейин миоген кенгайиши туфайли ривожланади. Гипертрофия кичик қон айланиш доирасида қон димланиши, босим кўтарилиши, ўнг қоринчанинг зўрайиб ишлаши, дилатация эса - гипертрофияланган мушакларнинг заифланиши натижасида пайдо бўлади.

- Юрак «митрал конфигурацияси» шаклини олади - юрак бели бўртиб чиқади.

Аускултация - товуш ва шовкунлар қўшилишини аниқлайди.

- Юрак чўққисида диастолик шовқин эшитилади. Шовқин қон оқимининг чап бўлмачадан торайган тешик орқали қийинлашиб ўтиши натижасида келиб чиқади, паст тезликли, дағал, ғувулловчи оҳангда бўлади, чертки очилишидан сўнг эшитилади. Шовкун чапга ёнбошлаган вазиятда, жисмоний зўрикқанда, нитроглицерин қабул қилганда кучаяди.

- Юрак чўққисида I товуш кучайган, қарсиллаган бўлади, у қонга чала тўлган чап қоринчанинг тез қисқаришидан келиб чиқади.

- Юрак устида митрал қопқоқлар очилиши товушни - қўполлашган митрал қопқоқларнинг диастола бошланашидаги кескин ҳаракатлари, чап бўлмача босими кўтарилиши туфайли содир бўлади, иккинчи товушдан сўнг эшитилади, бедана сайраши маромини эслатади.

- Ўпка артериясида II товуш ўпка гипертензияси ривожланиши билан кучайган.

- Ўпка артериясида ва аортада босимнинг ҳар хил бўлиши ва уларнинг яримойсимон қопқоқлари баровар ёпилмаслиги туфайли II товуш иккига бўлинган бўлиши мумкин.

- Ўпкада нам хириллашлар кичик қон айланиш доирасида димланиш, чап бўлмачада ва ўпка веналарида босим кўтарилиши туфайли вужудга келади.

Кўкрак қафаси рентгенографияси:

- Чап бўлмача кулоқчалари шакли ва ўнг қоринча хажми катталаниши натижасида юрак белининг текисланиши ёки бўртиб чиқиши аниқланади.

- Ўпка расми ифодаланишининг кучайиши кўринишида ўпка веналари гипертензияси кузатилади.

Эхокардиограмма - митрал стенози тўғрисида яққол тасаввур туғдиради: митрал қопқоқ тавақалари қалинлашган, ҳаракати пасайган, чап бўлмача хажми катталашган; тешикнинг торайганлик даражасини тулик аниқлаш мумкин.

Фонокардиограмма - митрал стенозидаги аускултация белгиларини тасдиқлаб беради.

ЭКГ мезонлари:

- ўнг қоринча гипертрофияси белгилари:
- липилловчи аритмия ва экстрасистолия:
- чап бўлмача гипертрофияси белгилари.

Кечиши. Стеноз даражасига, миокард ҳолатига, инфекцияни бирданига авж олишига, ўпка касалликлари қўшилишига боғлиқ. Митрал стенозида, бошқа нуқсонлардан фарқи, декомпенсация - қон айланиши етишмовчилиги ва кичик қон айланиш даражасида веноз димланиши тезда ривожланади. В.И.Моколкин бўйича митрал стеноз кечишида гемодинамик бузилишлар 3 даврдан иборат.

- Иллат компенсацияси чап қоринча ҳисобига бажарилади. Бу даврда нуқсоннинг клиник белгилари намоён бўлмайди, кўпинча аускултатив маълумотлар асосида тасодифан аниқланади.

- Иллат компенсацияси ўнг қоринча фаолиятининг кучайиши ҳисобидан - ўпка гипертензияси ривожланади. Беморлар хансирашга, юракнинг тез уриши ва қон тупиришга шикоят қилади.

- Унг қоринча етишмовчилиги - димланиш ҳолатлари кичик қон айланиш доирасидан каттасига ўтади ва субъектив сезгилар ўзгаришига олиб келади: хансираш камайди, лекин ўнг қовирға ости сатҳида оғирлик сезгиси пайдо бўлади, шиш ва олигурия кузатилади.

Митрал стенозининг клиник турлари.

- **Афоник (соқов)-нуқсонда** аускултатив белгилар аниқланмайди. Хансирашнинг мазкур тури тешик торайишининг оғир даражасида ва юрак етишмовчилигида кузатилади. Ташхис касалликнинг клиник симптомлари, ўпкада қон айланиши ҳолати (ўпка гипертензияси) ва асбоблар билан текшириш асосида қўйилади.

- **Митрал стенозининг артериал гипертензия** билан кечиши. Бу жараён патогенизини буйрак қон оқимининг пасайиши билан боғлайдилар. Комиссуротомиядан сўнг гипертензия йўқолади.

- **Митрал стенозининг симпатикотомия** билан кечиши. Қон таъсирида юрак мушак аппаратининг қўзғалувчанлигини ошириш (юрак уришининг тезланиши, пароксизмал тахикардия хуружи, вазомотор бузилишлар) билан ҳарактерланади ва гипертиреоздаги юрак ўзгаришларининг клиник манзарасини эслатади.

- **Митрал стенозининг шишли тури** ўнг қоринча етишмовчилиги белгиларисиз, чап бўлмачанинг деярли катталанишисиз ўпка шиши хуружлари билан кузатилади.

- **Митрал стенозининг акриомегалия (катта юрак)** билан кечиши. Рентген текширувида бўлмачанинг ўта катталашиши перикардит ёки перикард кистаси (пуфакчаси)га қабул қилиб хато қилиш мумкин. Бўлмачанинг кескин катталашишининг асосий

сабаби ревмокардитда чап бўлмача деворининг юпқаланиши билан кузатиладиган диффузли фиброз, шунингдек чап бўлмачада босим ошиши ва хилпилловчи аритмия ҳисобланади. Касалликнинг бу тури жараённинг терминал босқичида кузатилади.

ТАШХИСИ. Митрал стенозда хансираш, қон туфлаш, типик митрал ЁаЪИиз ва юракни текширганда характерли физикал белгилар мавжуд бўлса, ташхис қуйиш қийин эмас. Айниқса қарсилловчи I товушдан бевосита олдин келадиган қиска, дағал пресистолик шовқин митрал стенозга характерли. Ўнг қоринча етишмовчилиги ёки липилловчи аритмия билан ривожланадиган оғир декомпенсацияда хасталикнинг характерли белгилари сийқаланади. Бунда узоқ кечган ревматизм анамнези, қон туфлаш, хансираш, хилпилловчи аритмиянинг мавжудлиги, қарсилловчи I товушнинг эшитилиши ва стенозни тасдиқловчи рентген, ЭКГ, ФКГ эхокардиограмма маълумотлари қатта ташхисий аҳамиятга эга.

ҚИЁСИЙ ТАШХИСИ.

Аорта қопқок етишмовчилиги.

- Диастолик шовқин жуда нозик, Боткин-Эрба нуқтасида ва юрак чўққисида эшитилади.
- I товуш сустлашган.
- Митрал қопқок очилиш товуши йўқ.
- Чап қоринча гипертрофиялашган, анча кенгайган, лекин чап бўлмача деярли қатталашмаган.
- ЭКГда чапграмма - юрак электр уқи чап томонга бурилган.
- Қўшалок Траубе товуши.
- Қўшалок Дюрозье шовқини.

Туғма бўлмачалараро тўсиқ иллати.

- II товуш иккига бўлинган.
- Систолик шовқин тўш суягининг чап томонида II ёки III қовурға орасида эшитилади ва чуқур нафас олганда кучаяди.
- Кичик қон айланиш доирасида ифодаланган гипертензия ривожланса диастолик шовқин эшитилади.
- Рентген текширишида ўпканинг қон билан тўлган-лиги, чап қоринча қатталашгани, юракнинг чап чегарасида жуда кенгайган ўпка артериясининг бўртиб чиққанлиги аниқланади

АСОРАТЛАРИ.

Қон туфлаш. Ўпка димланиши босқичида митрал стенозига хос белги. Бу тарам-тарам қон ва парда кўринишида намоён бўлади, гоҳида ёрилган томирдан кўп микторда қон оқади, айниқса жисмоний меҳнатда.

Ўпка инфаркти - ёнбошда оғриқ, қон туфлаш, ва ҳарорат кўтарилиши билан кузатилади. Ўпканинг рентген текширувида асоси периферияга йўналган понасимон соя аниқланади: митрал стенозида ўпка инфаркти патогенези эмболия (кенгайган ўнг қоринчадаги тромбатик бутка) ва маҳаллий қон тўхташи билан боғлиқ.

Йирик томирлар эмболияси - буйрак (белда оғриқ, гематурия), мия (хушдан кетиш, фалаж), талоқ (чап қобирға остида оғриқ), ичак (ичак тутилиши, қонли нажас) томирларида.

Чап бўлмачанинг шарсимон тромби кучли хансираш, тўсатдан ривожланадиган кўкариш ва тезда вужудга келувчи қон айланиши етишмовчилиги билан кузатилади. Бу ҳолатда кучли тахикардия хуружи ва юрак липиллаши содир бўлади.

ДАВОЛАШ.

Консерватив усул билан даволаш енгил ва ўрта даражадаги чап қоринча етишмовчилиги белгилари бўлган беморларга тавсия қилинади.

- **Дори-дармонлар** давоси ўпкада димланишни, хансирашни ва ортопноэни чеклайди.

Диуретиклар.

Юрак гликозидлари.

Антикоагулянтлар - митрал стенози хилпилловчи аритмия билан биргаликда кузатилганда системли эмболия хавфи юкори бўлади. Шунинг учун бундай беморларга антикоагулянтлар берилади.

Антибиотиклар - инфекцион касалликлар профилактикаси учун буюрилади.

- **Баллонли валвулопластика.** Митрал стенозида беморлар ҳолатини узоқ вақт яхшиланишини тامينлаши мумкун. Айниқса мазкур муолажа синусли ритм, митрал қопқоғининг озгина етишмовчилигида ва тавақалари бироз қалинлашганлиги аниқланган беморларга тавсия қилинади.
- **Жаррохлик усули** - беморлар саломатлигини яхшилайти ва умрини чўзади. Операцияни асоратлар хавфини туғдирувчи ўпка гипертензияси белгилари пайдо бўлгунча даврда ўтказиш керак.

Митрал комиссуротомияси. Қопқоқ калцификацияси ва митрал етишмовчилиги ривожланмаган ёш болаларда ижобий натижа кўрсатади.

Шикастланган қопқоқни сунъий қопқоқ билан алмаштириш комиссуротомия ўтказиш имконияти бўлмаганида буюрилади.

ПРОФИЛАКТИКА. Митрал стенози шаклланишининг олдини олиш ревматик эндокардитни олдини олиш ва уни қунт билан даволаш, беморни диспансеризациядан ўтказиш, инфекция ўчоғини йўқотиш билан бажарилади.

АМАЛИЁТДАН МИСОЛЛАР :

26 ёшли бемор касалликни олидини олиш учун текширилаётганда юрак чуққиси I тонининг сусайганлиги ва ўпка артериясида II тон куайганлиги врач эътиборини узиға тортади. Анамнезида илгари ҳеч касал бўлмаган, озрок жисмоний тарбия билан шугуланган, тўрт йил олдин асоратсиз туқан. Хомиладорлик вақтида терапевт-вра беморда митрал қопқоқнинг етишмовчилиги борлигини айтган. Врач беморға тиббий текширувдан ўтиши кераклигини айтади.

ДЕМОНСТРАЦИОН МАТЕРИАЛ:

Мавзу бўйича мультимедияда слайдлар, рентген сурати курсатилади.

Мавзу бўйича 1 та бемор тахлил килинди.

АУДИТОРИЯГА САВОЛЛАР :

Контрол саволлар

- 1.Юрак митрал иллатлари сабаблари.
- 2.Юрак митрал иллатлари аускультатив белгилари
3. Юрак митрал иллатларини даволаш принциплари

ХУЛОСА

Демак, Юрак митрал иллатлари тиббиёт амалиётида кенг учрайди. Уларни ^оз вақтида аниқлаш, бир-биридан фарқлай билиш, касалликни даволашнинг самарасини оширувчи омиллардан бири б^олиб ^эисобланади. Касалликнинг ташхисини лаборатор ва функционал текширувлар а^эамиятининг катта эканлигини ^эисобга олиб, Юрак митрал иллатларига хос лаборатор ва функционал текширувлардаги ^озгаришларни фарқлай билиш талаб қилинади.

АДАБИЁТЛАР :

1. Бобожонов С.Н. Ички касалликлар. 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. Шулуто. – 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 қулланмаси.- 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.