

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ
1-УАШ ТАЙЁРЛАШ ТЕРАПИЯ КАФЕДРАСИ



**ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР,
ГЕРИАТРИЯ**
фанидан

“Даволаш иши”, “Тиббий педагогика” факультетлари
6 – 7 курс талабалари учун

МАЪРУЗАЛАР ИШЛАНМАЛАРИ

Самарқанд - 2013

**Фаннинг ўқув- услубий мажмуаси Самарқанд Медицина институти
Марказий илмий-услубий кенгашининг 2013 йил « 29 »июнь 10 -сон
мажлисида муҳокама этилди ва тасдиқланди.**

**“Даволаш иши”, “Касбий таълим”
бакалаврият таълим йуналиши бўйича
ички касалликлар, гериатрия фанидан
6 – 7 курс талабалари учун**

Тузувчилар:

1. СамМИ 1 УАШ тайёрлаш терапия кафедраси муdiri т.ф.д.,
доцент-Тоиров Э.С.
2. СамМИ 1 УАШ тайёрлаш терапия кафедраси ходимлари

Такризчилар:

1. СамМИ. Даволаш факультети ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси
муdiri: доц. Н.А.Абдуллаев.
2. СамМИ. ОХИ факультети факультет терапия кафедраси муdiri:
доц. Г.И. Шодикулова.

**Фаннинг ишчи ўқув дастури Самарқанд Медицина институти
«Даволаш» факультети Илмий кенгашининг 2013 йил «28» июнь. 10 -сон
қарори билан тасдиқланди.**

**Фаннинг ишчи ўқув дастури Самарқанд Медицина институти ТИМК да
Муҳокама килиниб ижобий бахоланди ва тасдиққа тавсия килинди**

МУНДАРИЖА:

№	ТАРКИБИЙ КИСМЛАРИ	Саҳифаси
1.	1-маъруза матни ва ишланмаси	6-15
2.	2-маъруза матни ва ишланмаси	16-24
3	3-маъруза матни ва ишланмаси	25-34
4	4-маъруза матни ва ишланмаси	35-53
5	5-маъруза матни ва ишланмаси	54-68
6	6-маъруза матни ва ишланмаси	69-78
7	7-маъруза матни ва ишланмаси	79-86
8	8-маъруза матни ва ишланмаси	87-106
9	9-маъруза матни ва ишланмаси	107-110
10	10-маъруза матни ва ишланмаси	111-119
11	11-маъруза матни ва ишланмаси	120-126
12	12-маъруза матни ва ишланмаси	127-136
13	13-маъруза матни ва ишланмаси	137-147
14	14-маъруза матни ва ишланмаси	148-150
15	15-маъруза матни ва ишланмаси	151-159
16	16-маъруза матни ва ишланмаси	160-175
17	17-маъруза матни ва ишланмаси	176-185
18	18-маъруза матни ва ишланмаси	186-198
19	19-маъруза матни ва ишланмаси	199-228

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Фаолият босқичлари	Фаолиятнинг мазмуни	
	Ўқитувчининг	талабаларнинг
I. Ўқув машғулоти кириш (20 мин.)	1.1. Ўқув фанининг номини эълон қилади. Фан ҳақида дастлабки тушунча беради ва фан миқёсида услубий ва ташкилий ишларнинг асосий томонларини очиб беради.	Тинглайдилар
	1.2. Мазкур фан бўйича ўрганиладиган мавзуларни эълон қилади, улар ҳақида қисқача маълумот беради ҳамда амалий ва тажриба машғулотлар билан боғлайди. Фан рейтинг: жорий, оралик ва якуний назоратнинг баҳолаш мезонлари билан таништиради.	Тинглайдилар ва ёзиб оладилар
	1.3. Мавзунинг номи, мақсади ва кутилажак ўқув натижаларини эълон қилади.	Мавзунинг дафтар-ларига ёзадилар
	1.4. «Ақлий ҳужум» методини қўллаб, мавзу бўйича таниш тушунчаларни айтишларини таклиф қилади. Барча таклифларни доскага ёзиб боради. Доскада қайд этилган асосий тушунчаларга қайтишни таклиф қилади. Мавзудан ташқари маълумотларни олиб ташлайди ҳамда қайд этилмаган зарур тушунча ва атамаларни қўшади	Ўз фикрларини билдирадилар. Ҳар бир таянч ибора ва атамани муҳокама қиладилар, дафтарларига ёзиб оладилар
II. Ахборот босқичи (60 мин.)	2.1. Мавзу бўйича маъруза матнларини тарқатади: мавзу режаси билан таништиради.	Тинглайдилар
	2.2. Намойиш қилиш ва изоҳлаш ёрдамида асосий назарий маълумотларни беради.	Тинглайдилар
	2.3. Фаннинг ўрганиши лозим бўлган муаммоларни санаб ўтади.	Дафтарларига ёзиб оладилар.
	2.4. Фан олдида турган вазифаларни тушунтириб ўтади.	Тинглаб, ёзиб оладилар
	2.5. Босқичма-босқич равишда режадаги саволлар бўйича маъруза ўқув материалларини тушунтиради ва диққатни жалб қилувчи саволлар беради. Мавзунинг асосий мазмунига эътиборни қаратади.	Тинглайдилар Шарҳ мобайнида схема, иловалар, слайдларни муҳокама қиладилар, саволлар берадилар.
	Мавзунинг ҳар бир қисми бўйича хулосалар қилади. Талабаларнинг эътиборини асосий тушунчаларга ва аҳамиятли томонларига жалб қилади. Видеоролик такдим этади	Тинглайдилар
III. Якуний босқич (10 мин.)	3.1. Мавзу бўйича якуний хулосалар қиладилар. Фаолият натижаларини изоҳлайди. Мазкур мавзу бўйича эгалланган билимлар келажакда қаерларда қўлланилиши мумкинлиги ҳақида маълумот беради.	Саволлар берадилар
	3.2. Ўзлаштириш даражасини синаш учун савол беради. Мавзу бўйича якун чиқаради, фан ҳақидаги маълумотларни блиц-сўров техникаси ёрдамида умумлаштиради	Саволга жавоб беришадилар

	3.3.Мустақил иш учун вазифа беради.	Мустақил иш учун вазифани ёзиб олади.
--	-------------------------------------	---------------------------------------

МАЪРУЗАЛАР

1-МАВЗУ	<i>Упка инфилтратларида кийси даво ва уларни этиопатогенетик терапияси. Упка инфилтратларини клиник куринишлари. Диагностикаси. Кийси таишислаи. Уткир пневмонияни замонавий даволаи усуллари</i>
----------------	---

(Маъруза – 2 соат)

НАЗАРИЙ КИСМ

Маъруза матни (таркатма материали)

Упка инфилтратининг дифференциал диагностикаси. Пневмонияларни даволаш.

Упка инфилтрати, асосан, касалликнинг клиникаси, объектив ҳамда рентгенологик текширишлар асосида аникланади. Патанатомик караганда, упка инфилтрати-тукимага суюклик билан бирга, кон хужайралари ва хархил химик моддаларнинг тупланиши руй беради. Бундан фаркли, упка шишида эса тукимада факатгина биологик суюклик тупланади. Рентгенологик текширганда, узига хос узгаришларни кураимиз. Масалан яллигланиш натижасида вужудга инфилтрат учун коронгиланиш зонасининг нотугри шакла ва чегарасининг нотекислиги хос.

Упка инфилтрати билан куйидаги касалликлар кечади:

1. Уткир ва хронил пневония.
2. Упка сили.
3. Упка асбцесси.
4. Упка раки.
5. Упканинг эозтинофилли яллигланиши.
6. Упканинг замбуругли яллишланиш.
7. Упканинг паразитор касаллики (аскаридоз).
8. Гудпасчер синдроми, идеопатик фиброзли альвеолит.
9. Упканинг лейкозда, СКВ, склеродермия касалликларида яллигланиши.

Физик ва химик факторлар таъсирида зарарланиши (бензин захарланишидан кейинги пневмония, радиацион зарарланиши).

Аввало уткир яллигланишнинг умумий клиник белгиларини аниклаш шарт.

Буларга киради:

- 1 Касалликнинг уткир бошланиши, купинча шамоллаш, намгарчилик билан боглайди, йутал куркук еки балгам билан, кукрак кафасида огрик, иситма кутарилиши, дармонсизлик, конда лейкоцитоз, СОЭ ошиши.
2. Объектив текшириш: а) бронхолитик белгилар: курк хириллашлар, нафас олганда яккол этитилади, рентгенда упка тасвирининг кучайиши. б) пневмоник белгилар: кренитация еки майда пуфакчали кам хириллашлар, рентгенда - коронгиланиш участкалари. в) плеврал белгилар: плевра ишкаланиш шовкини еки суюклининг тупланиши. г) йиринглаш белгилари: калтираш, терлаш, гектик лихорадка, интоксикация белгилари, гиперлейкоцитоз с резким сдвигом влево.

Уткир зотилжам бирламчи ва иккиламчи булади. Бирламчи соглом упкада вужудга келган яллигланишга айтилади. Иккиламчи зотилжамга куйидагилар киради: гипостатик пневмония (рак етишмовчилигида, узок етган беморда, операциядан кейинги беморларда, аспирацион пневмония ва х.к.), ателектаз пневмония (купична упка ракида), травматик пневмония. Уткир пневмония эркакларда аелларга нисбатан тахминин 1,5 марта куп

учрайди. Болалар, еши улгайган одамлар ва қариялар купрок учокли пневмония билан касалланадилар. Уткир пневмония билан касалланиш ханузгача юкори булиб калмокда. Умумий касалликлар нисбаттан урта хисобда қарийб 3 фойзини ташкил килади. Крупоз пневмония б-н касалланиш одатда бахор ва кузда, яъни хаво температураси кескин узгариб турадиган даврида купаяди. Хозирги вақтда антибактериал воситаларнинг турлари куп булишига карамай, барибир уткир пневмониялардан улим холлари учраб туради. Сунги йилларда организмнинг реактивлиги узгарганлиги муносабати билан бактериал флора ҳам узгарди (анбиотиклар ва сульфаниламидлар таъсири остида). Пневмококклар билан бирга стафилококклар, стрептококклар, энтерококк ва бошқалар устунянк киладиган хар хил микроб турлари аникланади. Купрок 73-77 фойз холларда учокли пневмония учрайди. Уткир пневмонияларда, асосан, Н.С.Молчанов (1962) классификацияси ишлатилади. Бунда этиологияси буйича, яъни бактериал, вирусли, микоплазмали, алергик, физик ва химик факторлар таъсирида, патогенезида бирламчи, иккиламчи пневмония, морфологик-крупозли ва учокли, кечиши-уткир, сурункали. Пневмококкли пневмония-уткир, баъзи огир формада кечиб, бир еки икки булгани эгаллайди. Плевропневмония тарзида утади. Асорати - уткир даврида юрак-томир системасининг етишмовчилиги, инфекцион-токчик шок. Стафилококкли пневмония - кам учрайди, купинча грипп эпидемияси даврида кузатилади. Кечиши огир, упка туқимасини чуқур ва кенг жарохатлайди, асосан абсцесс тугайди. Фебрил температура билан кечади. Асосан бола, қари ёшдаги одамлар еки бошқа касалликлар асосида джармонсизлаган беморда учрайди. Даволаш кам қор килади. Стрептококкли пневмония кам учрайди, кизамиқ, қуқ йўтал, грипп асорати тарзида келади, купинча узокли пневмония, экссудатив плевритга олиб келади. Вирусли пневмония пайдо булишини грипп эпидемияси б-н боғлайдилар ва уни аскрасият аралаш флора (вмруслар ва бактериялар) кузатади. Грипп белгири б-н бир қаторда пневмония қушилади. Огиррок кечади. Қон аралаш балғам ажраладиган йўтал, қуқиш, лейкопения, анэозинопелия, брадикардия, гипотензия ва б. Аксарият упка абсцесси б-и асоратланади. Эозинофилли пневмония паразитар касалликлар, бр.астмами ва бошқа алергик касалликлар билан касалланган беморларда учрайди. Диагноз қуйишда қонда, балғамда эозинофиллар сони ошганлиги асос булади. Касаллик симптомларнинг қамлиги б-н ажралиб туради, рентгенда ноаниқ контурли инфильтратив узгаришлар аникланади. Грипп белгилари билан бирқаторда пневмония қушилади. Огиррок кечади. Қон аралаш балғам ажраладиган йўтал, қуқиш, лейкопения, анэозинопения, брадикардия, гипотензия ва бошқалар. Аксарият упка абсцесси билан-асоратланади. Эозинофилли пневмония касалликлар, бронхиал астмаси ва бошқа алергик касалликлар билан касалланган беморларда учрайди. Диагноз қуйишда қонда, балғамда эозинофиллар сони ошганлиги асос булади. Клиник симптомларнинг қамлиги билан адралиб туради рентгенда ноаниқ контурли инфильтратив узгаришлар аникланади. Дифференциал диагнози уткир пневмония қупгина туберкулез инфильтрати билан утқизиш қерак. Туберкулезга хос булган ўчоқ атрофида бронхопневмоникяллигланиш қосил булади. Бундай инфильтрат янги қосил булган ўчоғида қосил булиши мумкин, ҳамда стредостеничдаги қазеозга ўчраган лимфа тугунларидан микобактерияларнинг лимфобронхоген тарқалиши натижасида қелиб қикади. Одатда туберкулез билан огриган беморларнинг шикоятни ууп эмас қасаллик бошланишини аниқ тасвирлаб беролмайди, интоксикация белгилари ривожланмаган, баъзан узларини бемор ҳам деб қисобламайди. Бундай ҳолатдадиагноз рентгенда аникланади, аниқ ривожланган инфильтрат динамиқаси секин кечади, баъзан петрификаторлар қуқиш мумкин. Қазеоз пневмониянинг клиникаси уткир бошланиши билан, юкори иситма ривожланган интоксикация билан ажралиб туради. Диагнозни аниқлашда туберкулез таққаларини балғамда аҳамияти қатта. Сурункали пневмония деганда упка паренхимасининг аниқ бир жойида инфильтратив яллигланиш процессини қайталанишга тушунамиз, натижага пневмофибро, бронхоэктаз, эмфизема ривожланиши ва қроник упка-юрак етишмовчилиги ривожланади.

АНТИБАКТЕРИАЛ ТЕРАПИЯ

Антибактериал даволаш упка касалликларини, асосан, этиотроп терапиясига мансубдир. Касаллик чакирувчи микробни маълум бир антибиотикка сезувчанлигини касаллик бошидан аниқланганимизда даволаш анча енгил ва фойдали утар эди. Аммо бундай кулайдикни ҳаммавақт тугдиролмаслигимиз сабабли, упканинг уткир кассалликлари даволашнинг кечиктирмаслигини талаб қилишига биноан, касаллик кеишига қара б тахминий даволашни бошлашимиз керак. Енгил ёки уртача огирийқда кечаётган уткир пневмонияни қупинча пневмококклар чакиради. Бунда даволашни пенкилиндан бошлаш лозим. Шуни айтиш керакки, пенициллин группасини таъсири организмдарайон утади, асорати кам, аллергияни хисобга олганимизга. Булар қуйидагилар: Қуп учрайдиган асратлар: терида майда тошма ёки қрапиницада пайдо булиши, тери қичиши, нафас қисиши. Камроқ учрайдиган асо-ратлар. Коринда огрик пайдо булиши, қунгил айниши, қусиш, ич қетиш, даража дармонсизлик, огиз қуриши. Сутқада 1,5дан 3-4 млн. ЕД гача юборилади, қонда қеракли қонцентрацияни сақлаш учун хар 3-4 соатда юборилади. Зотилжам огир утган тақдирда аминоглиқозидлар ёки стрептомицин билан қушиб даволанади. Ёки огир ва ута огир қечадиган пневмонияда яримсинтетик пенициллин, цефалоспоринлар ёки резерв антибиотиклар (линқомицин, фузидинристамидин, таривид) қулланилади. Ҳамда бу ҳолларда иққита, қерак булса учта антибактериал дориларни қушиб юбориш лозим. Масалан: стафилақокк қикарган пневмонияда яримсинтетик пенициллин+аминоглиқозидлар+линқомицин бирга юбориш мумикн. Шуни айтиб утиш қеракки, бир вақтда вена иқига, мушак иқига ва бронхлар йулига ҳам антибиотикларни қуллаш мумкин. Агар қасаллик равон, асоратсиз қечса, антибиотиклар 7-12 қун давомида юборилади. Аммо 3 қун давомида иситма пасаймаса, антибиотикларни дозасини қупайтириш ёки бошқа антибиотиклар билан алмаштириш лозим.

Даволашда бир неча койдага риоя килиш керак.

Огир пневмонияда кечиктирмай 3-6 соат ичида керакли антибиотикни танлаб, даволашни бошлаш керак. 1-2 суткагача кечиктирилса, айникса стафилакоккли пневмонияда, упка тукумасида жараси тез таркалади.

Яна таъкидлаш керакки, даволашни бактериостатик таъсири булган дорилардан (сульфаниламидлар, бисептол, тетрациклин) бошламаслик лозим.

Бир вақтда ҳам бактериоцид, ҳам бактериостатик препаратлар, иложи борича берилмайди, сульфаниламидларни бисептолнинг таъсири кучли: 2 таблеткадан 2 марта кунига берилади. Даволашни чузган пайтда, антибиотиклар беришни тухтатгандан сунг сульфаниламидлар тайинланади.

Антибиотик, айникса пенициллин, юбориш уртасидаги вактни чўзмаслик керак.

Сабабсиз, антибиотикларни алмаштира бериш керак эмас.

6. Сабабсиз, тахсири кенг дорирада буладиган антибиотикларни бошка таъсири кучли антибиотиклар тайинламаслик керак.

7. Кайта даволашни, олдин бир курсни олган антибиотикдан бошлаш мумкин эмас.

Даволаш жараенида, балгамдаги микрофлорани натибиотикка сезувчанлигини кайта текшириш лозим, шунга караб дорини узгартириш керак, баъзан натибиотикларни кушимча ингалиция йули билан юборилади, чунки йутални кўйачтириб, эпителиоиялар каршилигини сусайтириб, процессни бронхлар йули билан таркалишига олиб келади. Огир холларда антибиотиклар концентрациясини конда ошириш мақсадида умров ости венасига юборилади.

Стафилококкли септик пневмонияда даволашни оксациллин ёки метициллдан бошлаб, вена ичига ҳамда мушакка 1,0 дан ҳар 4 соатда юборилади. Бунга кушиб гентамицин 40-80 мг дан еки амикацин 0,5-1 гр.дан 2-3 марта бир кунда юбориш мумкин. Шуни таъкидлаю утиш лозимки, стафилококкли пневмонияда инфекцион токсик пневмонияда шок ривожланса, антибактериал препаратлар дозасини 2 мартагача камайтириш еки вақтинча тухтатиш керак, чунки катта доза таъсирида микробларни парчаланиши кучайтириб, конда эндотоксин чиқиш, купаяди, шокни чуқурлаштирида.

Пневмококкли пневмония.

Бактериал пневмонияни асосий сабабчиси инфекция. Бу касаллик асосан кишда споридик холда учрайди. Халкум микрофлорасини урганганда кишда соғлом болалар уларнинг ота-аналаридан 5-25% да ташувчи пневмококклар топилган. Пневмококкли пневмониякупинча ОРВИ дан кейин ривожланади. Бирдан ваража, калтираш, иситма, нафас олганда кукракда огрик, йутал, хансираш белгилари билан боғланади. Тана харорати 38-40,5⁰ гача кутарилади. Йутал аввал курук кейин кон аралаш, йирингли, зангсимон характерда булади. Бу пневмококкли пневмонияни типик белгиси хисобланади. Объектив беморни курганда овоз дириллаши кучайган, перкутор товуш бугик, бронхофония кучайган. Экссудатни Грамм усулиба буюб курилганда, граммусбат диплококклар курилади. Балгамга поливалент пневмококк антизардобу кушиб микроскоп остида курилганда пневмококклар капсуласининг букиг реакцияси кузатилади. Пневмококклар купинча булакни зарарлагани учун упка инфильтрати кузатилади. Бошлангич стадияларида бундай узгаришлар кам ёки умуман булмайди.

Профилактика: 23-80 гача пневмококклар типо специфик полисахарид антигенини сакловчи вакцина ишлатилади. 2 ёшдан катта болаларда антигенга реакция вакцинациядан икки хафта утгач эритема шаклида пайдо булади. 1% кишиларда иситма огир махаллий реакция кузатилиши мумкин.

Даволаш: Специфик терапияси: огир кечмаган формаларида пенциллин антибиотики 250-500 мг хар 6 соатда берилади. Альтернатив препаратлардан эритромицин, клиндомицин 300 мг дан ичирилади. Асоратсиз пневмонияда прокаинампенициллин 600000 ЕД м/о хар 12 соатда ёки пенициллин 1000000 ЕД килинади м/о 8 соатда, эритромицин 500 мг дан хар 6 соатда в/и юборилади. Кулловчи табдирларда бемор тулик ётокли режимда булиб, куп микдорда суюклик кабул килиши керак. Кислород етишмовчилигида, намланган кислород берилади.

Стафилококкли пневмония.

S. aureus чакиради. Купинча ёш болалар ва қариялар касалланади. Клиник белгилари Пневмококкли пневмонияга ухшаш лекин, бунда ваража, совкотиш бир неча бор булиб, огир кечади. Клиник белгилари ҳам кучлироқ намоён булади. Рентгенда аввал бронхопневмония кейинчалик абсцесс, экссудатив плеврит, инфильтрат курилади. Эмболик стафилококкли пневмонияда таркалган инфильтратлар булиб, кейинчалик коверна ҳосил килиб, емиради. Баъзан бундай пневмония енгил утиши ҳам мумкин. Диагноз кон стафилококкларни топиши, икиб курилганда пневмококклар ушиб чиқиши билан тасдиқланади. Стафилококклар пенкилиназа ишлаб чиқаргани учун пенициллинга чидамли булади. Шунинг учун даволашда – оксациллин 2гр т/и хар 4 соатда, цефалозин 2 гр т/и хар 6 соатда, цефазолин 0,5 гр т/и хар 6 соатда юборилади. Купинча ванкомицин 1гр т/и хар 12 соатда яхши фойда беради.

Стрептококкли пневмония.

В-гемолитик стрептококклар А группаси чакиради. Клиник белгилари иситма, хансираш, йутал, кукрак кафасидаги огрик, бирдан бошланади. Ваража, калтираш кам булади. Рентгенда интерстициал бронхо пневмония экссудат аниқланади. Торокоцентезде – сироз, геморрагик, йирингли суюклие олинади, балгамли стрептококклар граммусбат занжир шаклида жойлашади. Чуқиш реакцияси манфий булади. Балгамни плеврал суюкликни икиб курганда 70 % ушиб чиқади. Серологик реакция билан антисрептолизин – О титри ошганлиги аниқланади.

Даволаш: пенициллин 500000 – 1млн. ЕД т/и хар 4-6 соатда юборилади. Бундан ташқари цефалоспориинлар, эритромицин, клиндомицин кулланилади.

Клебсиялла ва бошка грамманфий бактериялар чакирган пневмония.

Этиологиясида энтеробактериялар, Фридендер таёкчаси, протеазиялар ахамиятли. Фридендер пневмониясида упкани юкори булагии зарарланиб куюк балгам ажралади. Кейинчалик абсцесс ҳосил булиб, огир кечади. Бошка турдаги пневмониялар каби бунда ҳам юкоридаги клиник белгилар пайдо булади. Диагнозда балгамни экиб курганда, ушиб чиккан културани фарклаш кийин. Шунинг учун кон, плевра суюклиги, транстрахеал аспират културасини олиш яхши натижа беради.

Даволаш: аминогликозидлар, монотерапия шаклида ишлатилмайди. Буларни сифолоспоринлар билан куллаш яхши натижа беради. Масалан, цефотоксин цефотазитин, цефотроксон гентамицин билан бирга ишлатилади. Аминогликозидлар билан куйидаги пнециллинлар ҳам кулланилади: триаксциллин 3 гр т/и хар 4 соатда, пепирациллин 3 гр т/и хар 4 соатда, имепеним 1 гр т/и 2 махал ёки ципрофлоксасин 500-700 мг ичишга 2 марта берилади.

Лигионер касаллигидаги пневмония.

Лигионеллаларнинг 19 та патогененик типлари чакиради.бундай пневмония куйидагича кечади:

1. симптомсиз.
2. гриппсимон кейинчалик узи тузалиб кетади.
3. лигионер касаллиги огир кечади.
4. махаллий инфекция билан кечади.

2-12 кун инкубацион давридан кейин купинча эркакларда юкори харорат, бош огрик, миалгия, хушдан кетиш, йутал, ич кетиш, эс-хушини бузилиши, уйкучанлик белгилар билан кечади. Рентгенда бир томонлама ногоноген инфилтрат кейинчалик абсцессга айланади. Конда гепонатремия, гипофостемия, микрогематурия, жигар функциясининг бузилганлиги аникланди. 3 хил усул билан диагностика килинади:

1. экиш
2. антителани флюоресцент буяш анализи
3. сийдикда антигенни аниклаш

Даволаш: эритромицин 500 мг уртача даражаси огир беморларда 1 гр т/и хар 6 соатда, рефалпин билан кушиб ишлатилади.

Микоплазмали пневмония.

Бу касаллик 5-35 ёшгача булган кишиларда куп учрайди. Инкубацион даври 10-14 кун. Касаллик аввал гриппга ухшаш, холсизлик, куракда огрик, курук йутал билан бошланади. Балгам кон аралаш булиши мумкин. Касаллик аста-секин 1-2 хафтада согайиши билан тугайди. Баъзи беморлада пневмонияга гнмолитик анемия, тромбоэмболик асоратлар, неврологик синдромлар, менингоинцефолит, кундаланг миелит, миячи атаксияси кушилиши мумкин. Микробни балгамдан ажратиш учун 7-10 кун керак булади. Грамм усулида буяб курилганда бактериялар топилмаслиги мумкин. Рентгенда учокли пневмония, плеврал суюклик аникланади. Совук гемагглютинация реакцияси антитело тури 4 марта ошганда мусбат булади.

Даволаш: микоплазмалар антибиотикларга сезгир эмас. Шунинг учун кенг таъсир доирасидаги антибиотиклар: титрациклин, эритромицин дан 500 мг хар 6 соатда ичишга берилади.

Хламидиал пневмония

Хламидиаллар чакиради, купинча дастлаб фарингит, бронхит, ривожланади. 5-35 ёшларда куп учрайди. Балгамли йутал иситма безовта килади. Беморлар ахволи огир булгани учун госпитализация килинади. Серологик реакциялар 50% беморларда мусбат булади.

Даволаш: тетрациклин, эритромицин 500 мг ичишга 10-21 кун берилади.

Вирусли пневмония

Касаллик кечиши бемор ёшига, вирусли касаллик турига боглик. Вируслардан аденовирус, парагрипп, каронавирус, грипп А ва В турлари чакиради. Клиникаси: касаллик дастлаб бронхит, бронхолит пневмония белгилари билан намоён булади.

Шикоятлари: бошида мушакда огрик, иситма, йутал шиллик балгам билан. Рентгенда интерстициал пневмония ёки перебронхиал зичлашиш аникланади. Переферик конда лейкоцитоз ва СОЭ ошган булади.

Профилактика ва даво. Грипп А учун амонтадин 4-8 соатда 100мг дан кунига 2 марта ичиш учун берилади. Ацикловир 5-10 мг дан хар 8 соатда. Герпес вируслари чакирган пневмонияларда ишлатилади. Хозирда гриппга Карши аралаш антигенли вакцина ишлатилади. 12 ёшгача булган беморларда 4 хафта интервал билан 2 марта берилади.

Пситтикоз.

Хламидия чакиради - асосан кушларда булади. Одамдан одамга берилиши жинсий йул билан булади. 1-3 хаф та инкубацион даврдан кейин бирданига иситма, ваража, холсизлик, иштаха йуклиги безовта килади. Рентгенда перебронхиал соялар, кейинчалик учоглар пайдо булади. Харорат 2-3 хавта юкори булиб кейин тушади. Касаллик огир ёки енгил кечиши бемор ёши ва пневмония таркалганлиги боглик булади. Пульс ва нафаснинг тезлашиши ёмон белги булиб хисобланади. Огир даволанмаган холда улим 30%.

Давоси. Тетрациклин 1-2 гр дан хар 6 соатда ичишга. Иситма ва бошка симптомлар юколади, лекин антибиотикларни 10 кун мобайнида олиш керак. Ёток режими берилади. Зарур булганда кислород терапия ва 3-4 соатда 15 мг казиин берилади.

Замбуругли пневмония.

Бирламчи замбуругли пневмония купинча *blastocystishominis*, *histoplasma capsulatum* еки *coccidioides immitis*, кам холларда *candida*, *cryptococcus* чаки ради. СПИД га ёки антебактериал терапияда асосан химоя механизми бузилиши билан кечадиган касалликлар ёки иммунодепрессив терапия утказилган беморларга асорат сифатига юзага келади.

***Pneumocystis carinii* чакирган пневмония.**

Купчилик беморлар анализда иситма, хансираш, курук йутал аникланади. Кукрак кафаси рентгенограммсида диффуз икки томонлама илдиз олди инфилтратлари топилади, лекин 10-20% беморларда упка сурати нормаллашганлиги колади. Типик клиник симптомлар ва курак кафаси рентгенограммси натижа бермаган беморларга Галлий билан сканерлаш асосан яхши натижа беради. Артериал кон газ анализда гипоксемия, упка функциясини текширганда диффузион хусусияти пасайганлиги аникланади. ВИЧ инфекция ташувчиларида СД 4 хелпер хужайралари 200 мкл дан паст булади. Транстрахиал аспирация, трансторакал пункцион аспирация, упка очик биопсия йутални стимуллаб олган балгам каби материалларда *P. Carinii* топилиши диагнозни тасдиқлайди.

Даволаш: триметаприм, сульфаметоксакал танлов препарати булиб 20-100 мг/кг/сут. 4 марта кабул килиш учун. Ичишга ёки т/и 20 кун давомида. Кушимча даво сифатида кортикостероидлар берилади. Преднизалон 40 мг 2 марта кунига 5 кун давомида, 2-г дан кунига 2 марта ичишга, 5 кун давомида ва 20 мг/сут курс охиригача.

Операциядан ва травмадан кейинги пневмония.

Гипервентиляция, йутал рефлекснинг бузилиши, бронхоспазм ва дегидротация, бронхиал секретни сакланиб қолишига, сегментар ателектазда, бу уз навбатида упка инфилтрациясига олиб келади. Бундай инфекция сони киш вақтида, қарияларда ёки қучсиз беморларда оғиб кетади. Корин бушлигида утказилган операциядан кейин 60%, бош ва буйинда утказилган операциядан кейин 20% упка инфилтрацияси ривожланади. Балгамни ва бронхиал секретини бактериологик текширганда купинча грамм манфий бактериялар топилади.

Клиникаси: симптомлари юкоридаги пневмониялар каби курак кафаси рентгенографиясида ателектаз сохалари, баъзан упка артерияси тромбозмболияси ва упка инфаркти топилади.

Оқибати: бемор ёшига, ахволига, травмалокализациясига боглик.

Мустакил иш учун мавзулар:

1. Уткир зотилжам таснифи.
2. Уткир зотилжамни даволашда кулланиладиган антибактериал воситаларини рецепт холда ёзиш.
3. Турли этиологияли пневмония (бактериал, вирусли, микоплазмали) хақида тушунча.
4. Уткир пневмонияни этиологияси, таснифи, клиник қуринишлари ва унинг вариантлари, текшириш усуллари, даволаш принциплари, замонавий антибактериал препаратлардан фойдаланиш ва уларни биргаликда ишлатиши.

ТАВСИЯ ЭТИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Бек Э.Р., Соухами Р.Д., Ханна М.Г., “Уроки дифференциального диагноза”, перевод с англ. ГЭОТАР-МЕДИА, Москва, 2008 г.
2. Виноградов А.В. “Дифференциальный диагноз в клинике внутренних болезней”, Бином. Москва, 2002 г.
3. Воробьева А.И. “Справочник практического врача”, Москва, 2002 г.
4. Гадаев А.Г. «УАШ учун маърузалар туплами», Тошкент, 2010 й.
5. Даминов Т.О., Гадаев А.Г и соавт. «Современные методы обучения и контроля знаний
6. <http://ziyonet.zn.uz>
7. <http://www.medline.uz>
8. <http://www.mednavigator.com.ua>

2-МАВЗУ	<i>Бронхоспастик синдромда кийсий таъкислаш. Тез ёрдам. Бронхиал астманинг турли патогенетик вариантларнинг узига хос даволаши. Бирламчи ва иккиламчи профилактика. Бронхообструктив синдром таснифи. Бронхообструкция патогенетик ривожланишининг асосий омиллари. Беморларни текширишдан утказишнинг асосий диагностик режаси. Бронхообструктив синдром билан кечувчи касалликлар белгиларни кийсий таъкисли. Бу касалликларда УАШ тактикаси. Бронхиал астмани даволаш. Дори воситалар ва уларсиз даволаш услублари. Беморларни ижтимоий – меҳнат реабилитацияси</i>
----------------	--

(Маъруза – 2 соат)

НАЗАРИЙ ҚИСМ

Маъруза матни (таркатма материали)

Бронхиал обструкциясининг турлари:

Уткир бронхиал обструкция - бронхларнинг силлиқ мушаклари спазми натижасида юзага келади. Уткир ости бронхиал обструкцияси – нафас йуллари шиллиқ пардасининг шишиси натижасида ривожланади. Склеротик бронхиал обструкцияси – бронх деворлари склерози (узок муддатда ва оғир кечувчи касалликлар) натижасида ривожланади. Обтурацион бронхиал обструкцияси – асосан балғам характериға боғлиқ (ёпишқон, куп микдорда) ва қийин ажралиши натижасида пайдо бўлади. Тарқалиши: дуне миқёсида 4-10% бронхиал астма касаллиги учрайди. Болалар ичида 10-15% ни ташкил этади.

Даволаш:

Базис терапия.

Глюкокортикоидлар

- ингаляторлар (беклометазон, будесонид, флузолид, флутиказон, триамцинолон). Ингаляторлар дозаси касалликнинг оғирлиқ даражасига нисбатан аниқланади.

- системали глюкокортикоидлар: преднизолон, метилпреднизолон, триамцинолон, дексаметазон, бетаметазон) бронхиал астманинг юқори поғонасида қўлланилади.

Семиз хужайралар стабилизатори: крамоглицин кислотаси, недокромил, интак-плюс, дитэк Бу гуруҳ дорилари кузиш даврида қўлланилмайди, асосан касалликни олдини олиш мақсадида ишлатилади.

Бронходилататорлар

- қисқа таъсирга эга β-адреномиметиклар: (сальбутамол, фенотерол, тербуталин) ингалятор шаклида қўлланилади. Бу дори воситалари уша шаклида ҳам чиқарилади, уларни небулайзер ва спейсер орқали қўллаш тавсия этилади. Узок таъсирга эга β-адреномиметиклар: (формотерол, салметерол, сальтос). Формотерол ва салметерол ингалятор шаклида, сальтос

таблетка шаклида қулланилади. М-холиноблокаторлар: (ипротропия бромид) – спейсер шаклида ёки небулайзер орқали қулланилади.

- қиска таъсир этувчи теофил гурухи дорилари: теофиллин, аминофиллин

- узоқ таъсир этувчи теофил гурух дорилари: теопэк ретафил, теостат, теотард.

Бронхиал астма. Ёутал симптоми БА касаллигининг асосий клиник белгиларидан ҳисобланади. Унда ёутал турлича характерда кузатилиб, ҳасталикнинг кечиши, хуруж босқичи, асорати ва ёндош патологияларига боғлиқ бўлади. БА га ёуталнинг қуйидаги хусусиятлари ҳос:

► ёуталнинг хуружсимон бўлиб, купрок кечаси қучайиши;

► ёутал қуруқ ёки кам микдордаги қийин ажралувчи балғам, аксириш, бурундан сув оқиши;

► оғир астма хуружида бронхообструктив синдром, хансираш, ёутал билан балғам ажралмаслиги ва бунинг ҳавфли ҳисобланиши;

► қучли, тез-тез кузатиладиган ёуталдан кейин нафас сиқиши ривожланиши;

► қуруқ ёутал жисмоний зуриқишдан кейинги астмага ҳослиги;

► хуружсимон ёуталнинг кескин ҳолларга (тамаки, атир, аммиак, хлор, бензин, эфир), совук ҳавода пайдо бўлиши, бронхлар гиперреактивлигининг оқиши.

Оғир бронхообструктив синдром билан кечувчи бронхиал астма касаллигида ёутал маҳсулдор бўлмайди ва бу уз навбатида, касаллиқнинг анча ҳавфли кечишидан дарак беради. Ёутал давомида балғам маҳсулдорлиги оғиб боради, беморларда хансираш қамаяди, бу эса ҳасталиқнинг ижобий тарафга силжишидан дарак беради. БА касаллиги тугрисида батафсил маълумот «Бронхообструктив синдром» га бағишланган маърузада баён этилган. Трахеобронхиал дискинезия - бу синдром йирик бронхлар ва трахея қарқаси эластиклигининг сусайиши бўлиб, ёуталганда ва нафас чиқарганда уларнинг пролапсига олиб қелади. Бу бронхлар ички деворлари бириктирувчи туқимасининг дисплазияси ҳолатидаги фенотипик белги ҳисобланади. Бунга упқа поликистози, спонтан пневмоторакс, гипервентиляция синдроми мисол бўлади. Трахеобронхиал дискинезияда 100% ҳолларда қуруқ ёутал кузатилади. Дискинезия ҳолати ёутални қучайтирса, у эса уз навбатида, дискинезия қараёнига салбий таъсир қилади. Трахеобронхиал дискинезия ҳолатидаги ёутал узига ҳослиги билан ажралиб туради. Уларда ёутал пароксизмал, битонал табиатли, баъзан бош айланиш белгиси билан қечади. Аксарият ҳолларда, у “қартли ёутал” бўлиб, бемор тез урнидан тургавда ва қарқат қилганда ҳамда тана ҳолатини узқартирганда қучаяди. Ёутал қарқатери бронхлар ва трахеянинг қайси қисми шикастланиши билан боғлиқдир. Йирик улқамли бронхлар ва трахеяни қарқатланишида, ёутал дағал ва бир оз қастрок эшитилади. Бош бронхлар қарқатланганда эса у қучли, бўғилиш симптоми билан қечади, баъзи беморларда қон тупуриш кузатилади. Ёутал пароксизмида бемор юзларининг гиперемияси, бўйин веналари бўғитиши ва қонъюнктивит белгилари пайдо бўлади.

Бронхиал астмани қоғонама-қоғана даволаш:

Бу даволаш усули 1995 йилдан бошлаб қулланилади. Бронхиал астмага қарши дорилар оғирлиқ қарақасига қараб юқори ва қастқи қоғоналарга бўлиниб қулланилади, яъни юқори қоғонага қутарилиш ва қастқи қоғонага тушиш билан амалга оширилади.

I-қоғонада: қиска таъсир этувчи β-адреномиметиклар: (сальбутамол, фенотерол, тербуталин), қромолин натрий, недокромил ёки М-холиноблокаторлар, теофил гурухи дорилари.

II-қоғонада: глюқокортиқоид ингалятор-беклометазон дипроқеонат 200-500 мқг/с, теофил гурухи дорилари, қиска таъсир этувчи β-адреномиметиклар қулланилади.

III-қоғонада ингалятор беклометазон дипроқеонат 800-2000 мқг/с, М-холеноблокаторлар ва β-адреномиметиклар – беродурал.

IV-қоғонаси ингалятор беклометазон дипроқеонат 800-2000 мқг/с, М-холеноблокаторлар ва β-адреномиметиклар – беродурал ва системали глюқокортиқоидлар. Юқори қоғонага қутарилиш беморнинг аҳволи оғирлашганда амалга ошади.

Қастқи қоғонага тушиш беморнинг аҳволи яқшиланганда амалга оширилади.

Сурункали обструктив бронхитни бронхиал астма касаллиги орасидаги қийсий таъхиси

<i>Белгилари</i>	<i>СОБ</i>	<i>БА</i>
Ирсият	Хос эмас	Хос
Аллергик касалликларга мойиллик (аллергик ринит)	Хос эмас	Хос
Йутал	Доимий	Хуружсимон
Хансираш	Доимий, кучсиз, аммо кўзиш даврида кучаяди	Экспиратор хансираш хуружи
Бронхиал обструкцияси	Кучайиб борувчи	Хуруж вақтида
Қонда эозинофилия	Хос эмас	Хос
Балғам шакли	Макрофаглар ва нейтрофиллар	Эозинофилия
Эпителиянинг базал мембранаси	Нормал	Гемоген қалинлашган
Бронхлар силлиқ мушаклари	Кичик нафас йуллари гипертрофияси	Йирик йуллари гипертрофияси

Мустакил иш учун мавзулар:

Бирламчи сурункали бронхитни этиологияси, экзоген ва эндоген омилларнинг таъсири, утказувчанлик ва дренаж функциясини бузилиши, касалликни клиник шакли, аускультатив белгилари. Уларни текшириш усуллари: ташки нафас функциясини текшириш. Рентген ёрдамида текшириш ва бошқалар. Этиотроп ва патогенетик даволаш, бирламчи ҳамда иккиламчи профилактика чора тадбирлари.

ТАВСИЯ ЭТИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. «Внутренние болезни», учебник для вузов, Москва, 2005 г.
2. Мартынов А., Мухина Н.А. «Внутренние болезни», Москва, Гэотар. Медиа, 2005 г.
3. Мухин Н.А. «Внутренние болезни в 2-х томах», Руководство, Москва, 2009 г.
4. Мухин Н.А., Моисеев В.С. «Пропедевтика внутренних болезней», ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2007 г.
5. Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И. «Внутренние болезни», ГЭОТАР-Медиа, 2006 г.
6. Назиров Ф.Г., Гадоев А.Г. «Умумий амалиёт шифокори учун кулланма», Тошкент, 2007 й.
7. Назыров Ф.Г., Гадаев А.Г. «Общая врачебная практика (руководство)» Москва, Гэотар. Медиа, 2005 г.
8. <http://ziyonet.zn.uz>
9. <http://www.medline.uz>
10. <http://www.mednavigator.com.ua>
11. <http://www.karelia.ru>
12. <http://www.simhos.ru>
13. <http://ru.wikipedia.org>

3-МАВЗУ

Ўутал, балгам ва кон туфлашни киёсий ташиклаш. Умумий амалиёт шифокорининг тактикаси. Носпецифик ва специфик бронх – упка тизимида ўутал, балгам ва кон туфлаш. Ўутал, шиллик ажралиши ва кон кетиш сабаблари. Юкоридаги белгиларни киший ташиклаш. Лаборатор – инструментал текшириш усуллари. Упкадан кон кетишни ташиклаш усуллари ва унда УАШ тактикаси

(Маъруза – 2 соат)

Маъруза матни (таркатма материали)

Ўутал

Ўутал УАВ фаолиятида куп учрайдиган синдромлардан бири булиб, нафасни куч билан турткисимон жаранши чикарилиши хисобланади. Унинг натижасида трахея ва бронхлар шиллик хамда ёт жисмлардан тозаланади. Ўутал маркази узунчок мияда жойлашган булиб, рефлексроген зоналардаги адашган нерв толаларини китикланиши окибатида юзага келади. Ушбу зоналарнинг энг мухимлари халкум шиллик каватида, овоз богламларида, трахея бифуркациясида ва йирик бронхлар булинган сохаларда жойлашган. Нафас олинаятган хаво хароратининг узгариши (иссик ёки совук), балгам, ёт жисмлар, жарохат ва бошкалар ўутал рецепторларини кузгатиши натижасида узунчок мияга узатилади. У ерда ретикуляр формациянинг полисинаптик алокалари таъсирида бронх, халкум, курак кафаси, корин, диафрагма мушакларининг мураккаб мувофиқлаштирилган реакцияси таъсирида ўутал юзага келади. Юкорида айтиб утилган жараён бош мия назоратвда булади. Ўуталнинг учта - инспиратор, компрессион ва экспиратор даврлари фаркланади. Инспиратор даврда овоз тиркиши рефлексор очилиб, барча инспиратор мушаклар иштирокида чукур жадал нафас олиш юз беради. Компрессион даврда овоз богламлари ва тиркиши ёпилади. Ундан сунг ички ковуругаларо ва корин экспиратор мушаклари кескин кискаради. Экспиратор даврда (хакикий ўутал даври) тахминан иккинчи даврдан 0,2 сония утгач овоз тиркишлари рефлексори очилади, босим узгариши юз беради ва турбулент хаво окими кескин узи билан бронхлардаги мавжуд нарсаларни олиб нафас йулларидан ташкарига интилади. Огиз оркали кучли турткисимон нафас чикариш юз беради. Нафас йулларида балгам тебраниши сабабли у ўуталга хос булган овоз чикаради. Ўутал рефлeksi 5 таркибий кисмдан иборат (ўутал рецепторлари, афферент нервлар, медулляр ўутал маркази, эфферент нервлар, эффекторлар ёки нафас мушаклари) булиб, унинг куйдаги турлари тафовут этилади:

битонал (t. bitonalis) ўутал— паст ва кушимча юкори икки тонли жарангга эга. Йирик бронхлар ва трахеянинг босилишида, масалан, тумароз бронхоаденитда руй беради;

нам (thumida) ўутал - балгам ажралиши билан намоён булади;

конвульсив ёт тиришиши (tconvulsiva) ўутал — хуружсимон булиб, бири кетидан иккинчиси тез келади ва шовкинли нафас кузатилади. Баъзан кайт килиш билан кечиб, бунга куқ ўутал касаллиги мисол булади;

акилловчи ўутал - кучли, узилиб-узилиб колувчи, курук булиб, хикилдок ёки трахеянинг патологик жараёнларига хос. У овоз хириллаши ва бугилиши (афония) билан бирга келшни мумкин;

Балгам

Ўутал билан биргаликда купинча балгам ва хансираш кузатилади. Балгам ўуталиш хисобига турли касалликлар натижасида нафас йулларидан ажраладиган патологик секретдйр.

Балгамни макроскопик текшириш, касалликни ташхислаш ва беморни кейинги даволашда клиник жихатдан мухим булиб, унинг ранги, таркиби ва консистенциясига ахамият берилади. Балгамни кунлик микдори оддий бронхитда 50 мл. гача, бронхоэкгаз касаллиги ва упка абсцессида 200-300 мл.гача ошади. Унинг микдори ошиши сурункали бронх-упка касалликлари кузиганини билдирувчи мезонлардан бири хисобланса, камаийиши даволаш тадбирларининг

самарадорлигини ёки бронх йулларини тикилиб колганини билдиради.

Бронхорея - доимий куп микдорда суюк, баъзан купикли балгамни кунига 1 дан 3 литргача ажралишидир. Балгам характери ундаги субстратлар ва аралашмалар билан боглик. Унинг таркиби ва консистенциясига кура куйидаги турлари фаркланади:

шилликли балгам - тиник, куюк, баъзан эса рангсиз купиксимон, хужайра элементлари кам булиб, уткир ва сурункали бронхитда учрайди;

шиллик-йирингли - окиш, бир хилда, ярим тиник булиб, сурункали бронхитда Кузатилади;

йиринг-шилликли - асосан йирингли харакгерда, ярим тиник, куринишй бир хил эмас;

йирингли балгам - бир хилда сарик-яшил ёки ок, ярим суюк, куп холларда упканинг деструктив касалликларида учрайди;

чириган балгам - йиринг билан чириганлик ХВДИ, анаэроб инфекцияга хос;

сероз, “пугити” балгам - суюк, купикли, рангсиз ёки пушти рангда булиб, упка шишидан далолат беради;

“шишасимон” балгам - БА касаллигининг ташхисий мезонларидан бири;

«Шоколад кукуни ранги» даги балгам - шилликли, чузилувчан, кон аралаш булиб, клёбсиелла пневмониясида (Фридлендер) кузатилади ва баъзан “смородина желеси” ёки “малинали желеси” деб хам юритилади;

“Дурсимон” балгам - думалок бирикмалардан иборат булиб, таркибида атипик хужайра ва детрит толалари учрайди. Бундай балгам ясси хужайрали упка ракини ташхисий мезонларидан биридир;

“Зангсимон” балгам - зангсимон рангда булиб, крупоз пневмонияда кузатилади;

“Шоколадсимон” балгам - кунгир, куюк, огиз тулиб ажралувчи булиб, упка абсцессининг ёрилиш даври ёки *упт* амебиази учун характерлидир;

Балгам таркибида Куршман спирали, Шарко-Лейден кристаллари хамда эозинофил хужайралари булиши БА касаллигига хос. Айрим холларда якка Куршман спирали топилиши пневмония, упка силида хам учраши мумкин. Дитрих пробкаси упка гангренази, йирингли бронхит ва сурункали упка абсцессиди кузатилади. Балгам ранги нафас билан олинган чанглар натижасиди ок, кора (кумирдек), сарик, кук, кизил (анилин буёклари), яшил (инфекция), малла рангда булиши мумкин. Балгам кавати куп микдорда балгам ажралганда содир булади. Куп микдордаги йирингли балгам тиндириб куйилганда икки ёки уч каватга ажралади. Икки каватли балгамда юкоргиси окиш, купикли ва пасткиси йирингли, тиник булмаган балгам упка абсцессининг ёрилиш даврини ифодаласа, уч каватли балгамда юкориси - окиш, купиксимон; уртаси - сувсимон, хира ва пасткиси - сарик, йирингли, таркибида Дитрих пробкалари мавжуд булиб, упка гангренази, бронхоэктаз касаллиги, кам холларда чириган бронхит хамда сил касаллигида кузатилиши мумкин. Шунингдек ажратилган балгам хар хил хидли булиб, бактериал флора ва оксил таркибидаги ферментлар парчаланишига боглик. Янги ажралган балгамда хид булмайдй. Упканинг деструктив жараёнларида чириган, куйган гушт хиди Фридлендер пневмониясида, ширинлик хиди упка силида кузатилиши мумкин. Шундай килиб, УАВ балгамни синчиклаб текшириб урганиши ва ундаги узгаришларни касалликнинг клиник белгилари билан биргаликда тахлил кила олиши зарур.

Йуталнинг асосий сабабларига куйидагилар киради:

-чекиш;

-кулок-томок-бурун аъзолари касалликлари - постназал окиш синдроми (postnasal drips syndromes),

-синуситлар, фарингит, ларингит, хикилдок усмаси, аденоидлар, урта кулок пардасининг йиринглаши;

-нафас аъзолари касалликлари - уткир респиратор вирусли инфекция,

-ошкозон - ичак тизими касалликлари - диафрагманинг кизилунгач тешиги чурраси, гастроэзофагеал рефлюкс, холецистэктомиядан кейинги синдром, диафрагма ости абсцесси;

-метаболик бузилишлар - респиратор оксалоз, подагра, бириктирувчи тукиманинг тизимли касалликлари, Шегрен синдроми;

-ятроген сабаблар - бронхоскопий, ларингоскопия, анестезио логик усуллар;

-дорилар таъсирида юзага келган йутал - ААФИ, амиодаронли упка, кислород, дорили ингаляциялар;

-бошка турли сабаблар - чекиш, букок, струмэктомия, менингит, рухий эмоционал бузилишлар, тог касаллиги;

Юкорида келтириб утилган сабаблар орасида ахоли уртасида кенг таркалгани *чекиш* хисобланиб, у сурункали бронхит касаллиги ривожланишида алохида урин эгаллайди. Тамаки хосилалари дискриния холатини келтириб чикариб, бронхлар деворини зарарлайди. Бу уз навбатида, сурункали бронхит келиб чикишига замин яратади.

Чекиш путали - тамакини суиистеъмол килиб чекувчилар узларида содир булаётган йутални меъёрий деб хисоблаб, хар доим унинг сабабига ахамият бермайдилар. Чекувчилар йуталининг патофизиологик асоси шундан иборатки, тунда бронхларда мукоцилиар транспорт тизими уз-узини тозалаш функциясини бажариши кескин камайиб кетади. Шу сабабли беморларда эрталаблари йутал билан кийин ажралувчи балгам пайдо булади. Эрталабки биринчи чекилган сигарет кам йутал пайдо килади ва балгам озрок ажаралиши, нафас олипти бир оз булса-да енгиллаштиради. Тамаки чекувчининг чекиш сонига караб «чекиш индекси» аникланади. Чекиш индекси бир кунда чекилган сигарет сонини 12 га купайтирилишига тенг. Ашаддий чекувчиларнинг ушбу индекс курсаткичи бир кунда 200 дан ортик булиши мумкин. Никотин организмга агрессив таъсир курсатиб, биринчи навбатда, упка-бронх тизимининг касалликлари ривожланишига олиб келади. Шу уринда Г. Лессингнинг «тез таъсир килмайдиган захар хавфсизрок булиб колмайди» деган сузларини ёдда тутмок керак. УАВ, ашаддий чекувчилар чекишни ташлагандан сунг йутал ва балгам ажралаши анча камайиши хамда айрим холларда бир неча ойдан сунг бутунлай йуколиб кетиши мумкинлигини чекувчиларга тушунтиришлари зарур. Куйида биз юкорида кайд этилган ва амалиётда куп учрайдиган йутал ва балгам ажралашига сабаб булувчи касалликларга кискача тухталиб утамиз. Кулок-томок-бурун касалликларига чалинган беморларнинг аксарияти йутада шикоят киладилар ва унинг сабаби юкори нафас йулларининг патологияси хисобланади. Унда турли охангдаги йутал эшитилиб, инфекция ва унга боглик булмаган табиатга эга булади. *Фарингит ва ларингит* - уларнинг келиб чикишида асосий сабаб инфекция хисобланиб, вируслар ёки атипик микроорганизмлар таъсирида ривожланади. Ларингитда йутал акиллаган булиб, у огрикли баъзи холларда овоз бугилиши хамда афония билан кечади. Овоз бугилиши ва афония холатлари купинча нафас аъзоларининг функционал бузилишларида кузатилади. Айрим холларда кучсиз, секин, майин йутал овоз бойламининг органик зарарланишида (усма, неврит, операция) юзага келади. Кучли вакурук йутал хикилдок спазми, унинг пастки нерви шикастланиши хисобига келиб чикиши мумкин. Фарингит ва ларингитни ташхислаш учун жаг ости, буйин сохаси куздан кечирилади, шиш ва ассиметрия бор-йуклигига хамда теридаги узгаришларга алохида эътибор берилади. Пайпаслаб курилиб, огрик нукталари, лимфа тугунларининг катталашганлиги ва инфилтратлар мавжудлиги аникланади. Фарингоскопия, ларингоскопия ва орка риноскопия утказилиб, хикилдок-юткин куздан кечирилади. Курсатмалардан келиб чикиб, (катталашган лимфа тугунлари, усмаларга шубха булганда) мутахассис шифокор билан маслахатлашган холда рентген, МРТ текшириш усуллари кулланилади. Уткир ва сурункали фарингитда асосан махаллий даво чоралари тавсия этилади. Бунда илик ипщорли ингаляциялар, ингалипт ёки оксикорт аэрозоллари, бурунга мой томчилари, агарда тана харорати юкори булса, антибиотиклар буюрилади. *«Постназал томчи синдроми»* - сурункали персистирловчи йуталнинг асосий сабабларидан бири булиб, дориларга чидамлилиги билан ажралиб туради. У бурун - халкум оркасидаги секретнинг яллигланиши хисобига содир булади. Бу патологияга купинча синуситлар ва ринитнинг турли шакллари (аллергик ва инфекцияли) окибатида юзага келади. Шунинг учун йутал билан бурун битиши, акса уриш, бурундан суюклик окиш белгилари кузатилади. Беморлар оркаси билан ётганда йутал интенсивлиги кучайиб, халкумнинг орка деворидан шилликнинг оккани ёки худди суюклик томгандек субъектив сезгиларни хис килишади. Ташхислашда орка риноскопия ва фарингоскопияда халкумнинг орка девори ва бурун йуллари бушлигида патологик ажралмалар ва бурун - халкум шиллик каватида яллигланиш белгилари, рентгенографияда синусит

манзараси аникланади. Бальма синдроми. Бу сурункали тонзиллит касаллигида йутал хуружларининг кечаси кузатилиши.

Нафас олиш аъзолари касалликлари

Аденовирусли касаллик. Бу уткир вирусли жараён булиб, аксарият холларда нафас ва куриш аъзоларининг зарарланиши билан намоён булади. Беморларда юкори харорат ва интоксикация негизида йутал пайдо булиб, унинг характери юкори нафас йулларининг зарарланиш даражасига боғлиқ. Хикилдокнинг сезиларли шикастланишидан, унинг бушлиги торайиб, купол, акилловчи йутал билан овоз бугилиши кузатилади.

Грипп. Курук йутал, томок кичишиши, овоз узгариши ва бурун битиши асосий белгилари хисобланади. Бунда купинча трахея кучли ва яккол шикастланади. Юкоридаги белгилардан ташкари, иситмалаш, холсизлик, адинамия, куп терлаш, мушакларда огрик ва кучли бош огриши кайд этилади.

Кук йутал ва паракук йутал (катталарда). Йуталнинг кам учрайдиган сабабларидан бири. Сурункали йуталнинг 20% кукйутал инфекцияси сабабли эканлиги текширишларда аниқланган. Клиник куриниши огир хуружсимон йутал, шовкинли чукур нафас олиш, кайт килиш билан тугайди. Ташхисни тасдиқлаш учун бактериологик ва серологик усуллардан фойдаланилади.

Уткир трахеит ва бронхит бошланишида огрикли, курук йутал 2-3 кун давом этади. Кейин балгам пайдо булиб, йутал юмшайди ва бир хафтадан кейин утиб кетади. Баъзан 2 хафтадан 6 хафтагача давом этиб, бронхлар шиллик каватининг рефлексоген зонаси сезгирлиги ошиб кетади ва кийновчи йутал пайдо булади. Йутал хуружлари совукдан иссиқка ёки иссиқдан совукка чикканда хдм кучаядиган булиб колади. Сурункали бронхит ташхиси 2 йилдан кам булмаган вақтда 3 ой давомида йуталиш ва бронхоскопияда эндобронхит белгилари аниқланган холларда куйилади. Сурункали бронхитнинг эрта боскичларида йутал билан бирга кам шилликли балгам ажралади ва бу касалликнинг асосий белгиси хдсобланади. Курук, бир оз кийинчилик билан ажраладиган балгамли йутал купинча атрофик бронхитдан далолат беради. Беморларда ушбу касалликда бронхоскопияда, бронхлар шиллик каватининг кескин атрофияси кузатилади. Сурункали бронхит касаллигининг клиник белгилари мавсум ва об-хавонинг узгаришига ҳам боғлиқ. Совук, нам хавода купрок, курук, иссиқ фаслларда камрок кузийди. Баъзи беморларда йлпгал факат касалликнинг авж олган даврида кузатилса, ремиссия даврида безовта килмайди. Унинг авж олган даврида йутал аста - секин кучайиб, кун буйи, баъзан тунда безовта килади. Касалликнинг кечкибоскичларида ва нафас етишмовчилиги булган огир беморларда йутал рефлекси йуколади. Натижада бронхоэктаз ривожланиб, беморлар куп йирингли балгам булганда ҳам йуталга олишмайди. Шунинг учун йутални кучайтириш ва бронхларни фаол посдурал дренажини тиклаш керак. Айрим беморларда йутал ётган пайтда кучайиб, хириллаш билан кечади. Бу майда бронхлардан унинг йирикларига балгамни утишидан далолат беради. Бунда бронхообструктив синдром ривожланиб, бронхлар спазмига олиб келади ва балгам чикишини кийинлаштириб куяди. Майда бронхларнинг спазми натижасида холдан тойдирувчи йутал тунда ва эрталаб безовта килади. Беморларда йутал хуружидан кейин хансираш кучайса упка эмфиземаси тугрисида уйлаш керак. Бронхиал астма. Йутал симптоми БА касаллигининг асосий клиник белгиларидан хисобланади. Унда йутал турлича характерда кузатилиб, хасталикнинг кечиши, хуруж боскичи, асорати ва ёндош патологияларига боғлиқ булади. БА га йуталнинг куйидаги хусусиятлари хос:

- ▶ йуталнинг хуружсимон булиб, купрок кечаси кучайиши;
- ▶ йутал курук ёки кам микдордаги кийин ажралувчи балгам, аксириш, бурундан сув окиши;
- ▶ огир астма хуружида бронхообструктив синдром, хансираш, йутал билан балгам ажралмаслиги ва бунинг хавфли хисобланиши;
- ▶ кучли, тез-тез кузатиладиган йуталдан кейин нафас сикиши ривожланиши;

► курук йутал жисмоний зурикишдан кейинги астмага хослиги;
► хуружсимон йуталнинг кескин холларга (тамаки, атир, аммиак, хлор, бензин, эфир), совук хавода пайдо булиши, бронхлар гиперреактивлигининг ошиши.

Огир бронхообструктив синдром билан кечувчи бронхиал астма касаллигида йутал махсулдор булмади ва бу уз навбатида, касалликнинг анча хавфли кечишидан дарак беради. Йутал давомида балгам махсулдорлиги ошиб боради, беморларда хансираш камаяди, бу эса хасталикнинг ижобий тарафга силжишидан дарак беради. БА касаллиги тугрисида батафсил маълумот «Бронхообструктив синдром» га багишланган маърузада баён этилган. Трахеобронхиал дискинезия - бу синдром йирик бронхлар ва трахея каркаси эластиклигининг сусайиши булиб, йуталганда ва нафас чиқарганда уларнинг пролапсига олиб келади. Бу бронхлар ички деворлари бириктирувчи туқимасининг дисплазияси ҳолатидаги фенотипик белги ҳисобланади. Бунга упка поликистоз, спонтан пневмоторакс, гипервентиляция синдроми мисол булади. Трахеобронхиал дискинезияда 100% холларда курук йутал кузатилади. Дискинезия ҳолати йутални кучайтирса, у эса уз навбатида, дискинезия жараёнига салбий таъсир килади. Трахеобронхиал дискинезия ҳолатидаги йутал узига хослиги билан ажралиб туради. Уларда йутал пароксизмал, битонал табиатли, баъзан бош айланиш белгиси билан кечади. Аксарият холларда, у “сартли йутал” булиб, бемор тез урнидан тургавда ва ҳаракат қилганда ҳамда тана ҳолатини узгартирганда кучаяди. Йутал характери бронхлар ва трахеянинг қайси қисми шикастланиши билан боғлиқдир. Йирик улчамли бронхлар ва трахеяни зарарланишида, йутал дагал ва бир оз пастрок эшитилади. Бош бронхлар зарарланганда эса у кучли, бугилиш симптоми билан кечади, баъзи беморларда кон тупуриш кузатилади. Йутал пароксизмида бемор юзларининг гиперемияси, буйин веналари буртиши ва конъюнктивит белгилари пайдо булади.

Мустақил иш учун мавзулар:

Кон туфлашни патогенетик йуналишлари, муковисцелляр клиренси, бронх йулларни патологияси, бронх шиллик ажратмасининг микроскопияси, ташқислаш усуллари, бронхоскопия

ТАВСИЯ ЭТИЛГАН АДАБИЁТЛАР

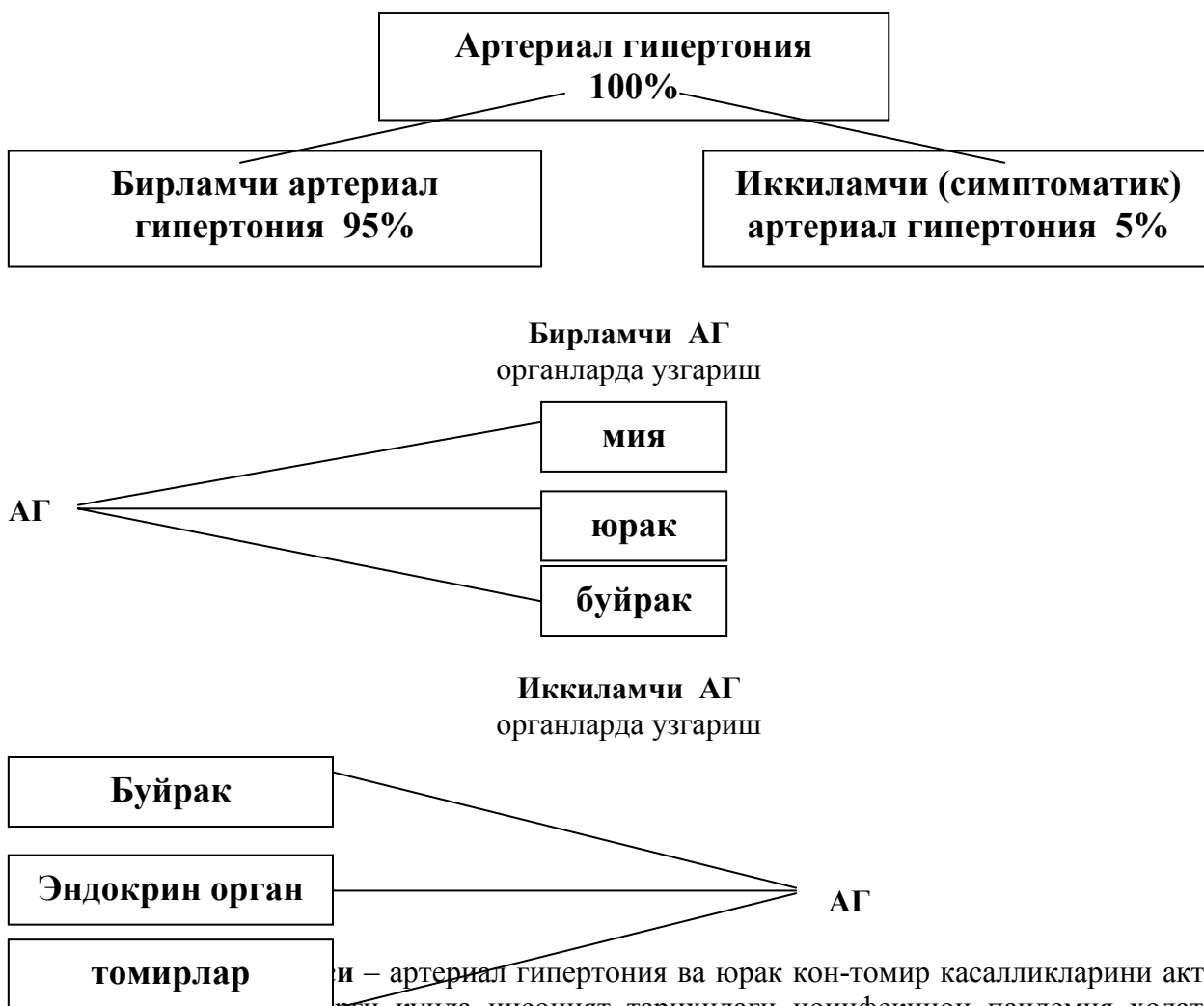
1. Хили П.М., Джекобсон Э.Дж. “Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход”, Бином, Москва, 2003 г.
2. Чучалин А.Г «Хронические обструктивные болезни легких», Москва, 2000 г.
3. Чучалин А.Г. «Пульмонология национальное руководство», под редакцией Москва, ГЭОТАР 2009 г.
4. «Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система), Выпуск VIII», Москва, 2007.
5. «Большая медицинская энциклопедия», Москва, АСТ, 2007 г.
6. «Федеральное руководство для врачей использованию лекарственных средств», Выпуск I.М. 2002 г.
7. <http://ziyonet.zn.uz>
8. <http://www.medline.uz>
9. <http://www.mednavigator.com.ua>
10. <http://www.karelia.ru>
11. <http://www.simhos.ru>
12. <http://ru.wikipedia.org>

Маъруза №4: *Артериал гипертензияни қиёсий таххиси. Саралаб даволаш. Қиёсий терапия ва шошилиш ёрдам. Бирламчи ва иккиламчи профилактикаси.*

Кириш - Артериал кон босимининг баланд булиши билан характерланадиган барча патологик ҳолатлар Артериал гипертония (АГ) термини билан ифодаланиши амалиётга қабул қилинган. АГ келиб чиқишига қараб бирламчи ва иккиламчи бўлади.

Бирламчи АГ га эссенциал гипертония – гипертония касаллиги қиради, унинг келиб чиқиши ҳозиргача номаълум бўлиб, бу ерда олдин кон босими қутарилади ва кейинчалик ички аъзолар (мия, юрак, буйрак) томонидан узгаришлар қузатилади. Бирламчи АГ, умумий кон босими қутарилишини 95% ташкил этади.

Иккиламчи еки симптоматик гипертония 70 дан ортиқ, турли орган ва системаларни касаллиги натижасида кон босимини иккиламчи қутарилиши билан характерланади ва умумий АГ ҳолатларини 5% ташкил этади.



Иккиламчи АГ – артериал гипертония ва юрак кон-томир касалликларини актуал проблемаси бўлиб, ҳозирги кунда инсоният тарихидаги ноинфекцион пандемия ҳолатида учрайди ва юрак кон-томир системаси касалликлардан касалланишини ва улимни асосий сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади. ВОЗ маълумотлари бўйича ҳозирги кунда ер аҳолисининг 25% да ва 60 ешдан ошган аҳолини 50% да учрайди. Россияда 30 млн. дан ортиқ одам АГ билан касал, ҳар йили 500 минггача янги ҳолатлар аниқланади.

Юрак касалликлари сабабли улимни 45% АГ билан боғланган. Кон босими баланд аҳоли орасида умумий улим курсаткичи 2-5 марта баланд. АГ да улим сабаблари ҳозирги кунда қуйидагича: инсульт – 45%, юрак етишмовчилиги – 35%, ХПН – 3 %, бошқа сабаблар – 17%. Россияда 100000 аҳолидан йилига 80-100 киши АГ натижасида вафот этади. Россия бўйича йиллик инсультларни сони 400000, Ўзбекистонда 35000 бўлиб, улим ҳолатлари бу ерда 35% га етаяпти.

АГ 40 ешгача эркакларда, 40 ешдан кейин аёлларда қупрок учрайди. Россия бўйича АГ беморларни 39,3% эркаклар, 41,1% аёллар ташкил этган. АГ асосан муаммо, хавф

шундан иборатки 60% беморлар узида кон босими баланд эканлигидан хабарлари булмайди, бунинг натижасида уз вақтида врачга мурожаат қилмаслик натижасида адекват даво қилинмайди, пировард натижасида инсудът, юрак ишемик касаллиги, буйрак етишмовчилигига булган мойиллик кундан кун ошиб боради ва умумий улим курсатгичи купаяди.

Охирги маълумотларга кура 3-5% беморларгина АГ дан тугри даво олаптилар ва врачлар назоратида булаптилар холос.

Тарихий маълумотлар. Артериал гипертония – гипертония касаллиги соҳасида урганишда катта хисса қушган олимлар Брайт (1827), Павлов (1877), Тигержтедт ва Бергман (1898), Рива-Роччи (1896), Коротков (1905), Ланг (1940), Мясников (1950), Тареев (1960).

Этиология – Гипертония касаллигининг этиологияси номаълум, аммо унинг келиб чиқишига мойиллик тугдирувчи сабаблар жуда куп. Буларга киради (факторы риска АГ):

1. Ирсий мойиллик (наследственность)
2. Психик травма
3. Турли хил стресс ҳолатлари
4. Бош мия травмаси
5. Климакс даври
6. Ош тузи ва суюқликларни куп истемол қилиш
7. Чекиш, алкоголь куп истемол қилиш
8. Юқори калорияли овқат истемол қилиши, семириш, тана массасини ошиши

$$\text{ИМТ (индекс массы тела)} = \frac{\text{Вазни (кг)}}{\text{Буйи (м}^2\text{)}} = \frac{78}{1,7^2} = \frac{78}{2,89} = 20,6$$

ИМТ нормаси = 18,5 – 24,5

9. Кандли диабет, подагра ва бошқа хил модда алмашинувини бузилиши

N Холестерин 4 - 5,5

Глицеридлар 0,1 - 2,2

ЛПНП 3 - 3,7

ЛПВП 1 - 1,4

10. Кам жисмоний ҳаракат (гиподинамия) қилиш
11. Холестерин ва мойга бой овқатларни кенг исьтемол қилиш
12. Шовкин, вибрация, электромагний майдон таъсири

Патогенез: Охиригача маълум эмас. Уз вақтида Павлов, Ланг, Мясников касалликни невроген теориясини яратганлар. Ушбу маълумотга кура узок давом этган психик травма, турли хил стресс ҳолатлари бош миёга таъсир қилиб уни пустлок (кора головного мозга) қисмида патологик қузғолиш учогини ҳосил этади, бу узғариш миёни пустлок ости қисмига ва гипоталамусга берилади. Миёни гипоталамус қисмида кон томирлар тонусини идора қилиш маркази булиб бу марказ фаолияти бузилади ва кон томирлар тонуси (таранглиги) ошади, натижада диастолик артерия кон босими ошади. Бош миёдан патологик импульсларни периферияга қилиши симпатик нерв системаси орқали булади. Симпатик импульсациясини ошиши юракга келувчи нерв толалари орқали юрак фаолиятини ҳам қучайтиради, натижада, юракни систолик ҳажми ошади ва бу ҳолат, систолик босимни ҳам қучарилишига олиб келади.

Касалликни кейинги патогенези ривожланиш занжирига гуморал узғаришлар қушилади. Артерия, артериола тизими тонуси ошиши натижасида ички аъзоларда ишемия қузатилади бу ерда асосий узғариш буйрак томонидан қузатилади, буйрак туқимаси ишемияси натижасида буйракда Ренин ишлаб чиқилиши купаяди. Ренин Гипертензиногенга () таъсир қилиб уни гипертензин (ангиотензин) га айлантиради. Ангиотензин қучли проссор модда булиб, кон томир тонусини янада оширади натижада кон босими янада қучарилади. Ангиотензин бир вақтни узида буйрак усти безида альдестерон гормонини ишлаб чиқилишини стимуляция қилади. Альдестерон гиперпродукцияси организмда ош тузини

ушланиб қолишига мойиллик тугдиради. Конда ош тузини ушланиб қолишига гипофиз таъсирланиб у ерда Вазопрессин гормони куп ишланиб чиқишига бошлайди, у уз навбатида буйракда сувни қайта организмга сурилишига олиб келади ва сув организмда тупланади. Томирда сувни ушланиши, қонни умумий массасини қупайишига ва қон босимини янада қутарилишига сабаб бўлади.

АГ келиб чиқишида кетахаламинлар (адреналин, норадреналин) микдорининг қупайишига боғлиғи аниқланган. Дастлабки вақтдан, психик травма, турли хил стресслар буйрак усти безидан кетахаламинларни куп ишланишига сабабчи бўлади бу гормонлар томирлар спазми гапиради ва АГ келиб чиқишида муҳим рол уйнайди. Булардан ташқари хужайраларда Са ионларининг алмашинуви, Брадикинин системасидаги узғаришлар ҳам АГ патогенезида урни борлиғи қурсатилган.

Ҳозирги кунда АГ келиб чиқарувчи патогенетик факторлар шартли равишда 2 та гuruhга бўлинади:

I – Нейрогуморал факторлар

II – Гемодинамик факторлар

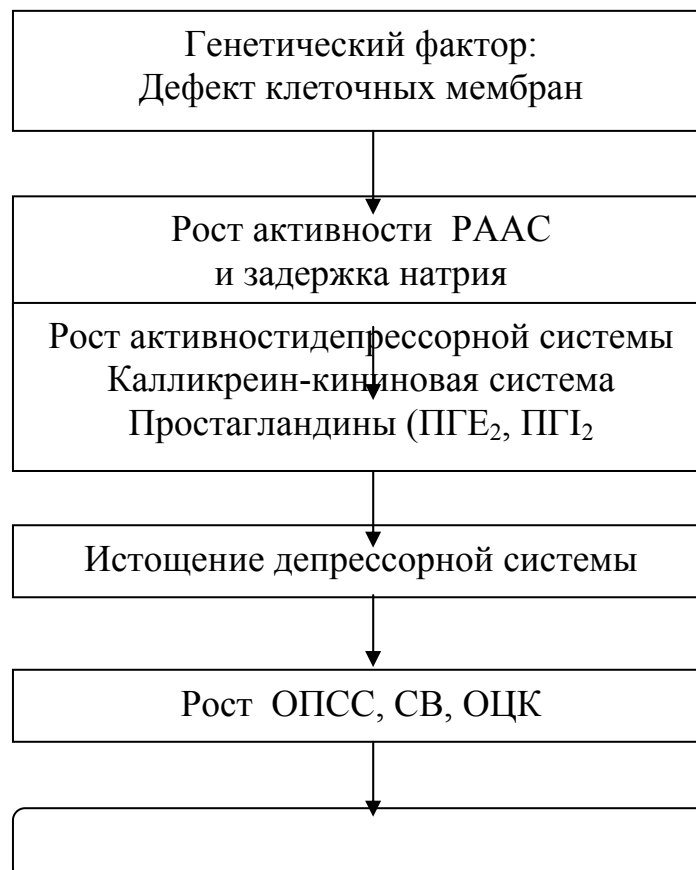
I – Нейрогуморал факторлар

1. Симпато-адренал системадаги узғаришлар
2. Ренин-Ангиотензин-альдостерон системасидаги узғаришлар
3. Гормонлар, яъни АКТГ, Вазопрессин жинсий гормонлар системасидаги узғаришлар
4. Прессор-депрессор узғаришлар, яъни простагландин, кинин системасидаги узғариш
5. Хужайра мембранасидаги Na ва Са ионлар нисбатини узғариши

II – Гемодинамик факторлар

1. Периферик артериолалар тонусини ошиши
2. Периферик томирлар қаршилиғини ошиши
3. Қон томирларида қон ҳажмини – массасинининг ошиши
4. Артерия томир деворида ош тузи сувни ушланиб қолиши
5. Хужайра ичида Са ионлар микдорининг ошиши
6. Простагландинлар (А, Е, Д), Брадикинин микдорини камайиши

АГ патогенезининг схемаси



Артериальная гипертензия

Патанатомияси. Артериал гипертонияда морфологик узгаришлар касалликнинг боскичи ва у еки бу ассоратини бор-йуклигига боглик булади. Касалликни I боскичида морфологик узгаришлар йук касалликни II боскичида чап коринчанинг гипертрофияси, томирлар тарангланиши, ички аъзолар ишемияси кузатилади. III боскичида мия, юрак, буйрак, куз туби томирларида артериасклероз ва шу аъзоларда уткир еки сурункали кон айланиши бузилиши кузатилади.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

АКШ кардиологлари таклиф этган АГ классификацияси (1997)

Категория	Систолик босим	Диастолик босим
Оптимал АД	< 120	< 80
Нормал АД	< 130	< 85
Юкори-нормал АД	130-139	85-89
Артериал гипертония	140 ва юкори	90 ва юкори
АГ I боскичи (юмшок)	140-159	90-99
АГ II боскичи (урта огирликда)	160-179	100-109
АГ III боскичи (огир)	180 ва юкори	110 ва юкори
Систолик гипертензия	>160 ва куп	< 90 ва кам

АГ нинг хавфли тури деб кон босими 220/130 ва ундан баланд булиб, тезкор нейроретинопатия билан кечиш хусусиятига эга булади. Систолик кон босими 140 ва ундан паст, диастолик кон босими 100 ва ундан юкори булганда «Обезглавленная артериальная гипертония» деб айтилади.

Эссенциал гипертонияни ЖССТ (1993) таклиф этган классификацияси

1 боскич	Кон босими баланд, чап коринча гипертрофияси йук
2 боскич	Кон босими баланд, чап коринча гипертрофияси бор еки сийдикда протеинурия, еки куз туби томирларининг тораиши кузатилади
3 боскич	Кон босими юкори, юрак, мия, буйрак, куз туби зарарланиши билан боглик булган асоратлар кузатилади (стенокардия, миокард инфаркти, инсульт, юрак, буйрак етишмовчилиги,

ФР – фактор риска;

ПОМ – поражение органов мишеней

АКС – ассоциированные клинические состояния

Уровень риска (риск инсульта, инфаркта в ближайшее 10 лет)

Низкий риск (1) = менее 15%

Средний риск (2) = 15-20%

Высокий риск (3) = 20-30%

Очень высокий риск(4) = 30% или выше

Клиникаси ва диагностикаси. Касалликни клиникаси касалликнинг боскичига, формасига, ассоратларига боглик. Касаллик 55-60% беморларда яширин (латент) холда кечади ва ушбу беморларда касалликни биринчи шикояти кузатилмайди. Беморларни колган ярмида бош огриги, бош айланиши, кулокта шовкин, куз олди жимирлаши, куришни сусайиши, юрак уриши, нафас кисиши, юрак сохасида огрик, бемор психикасининг узгариши, тез чарчаш кузатилиши мумкин. Объектив курганда терини рангига караб «кизил»

ва «ок» гипертония фаркланади. Пульс каттик, юкори уйку артерияси пульсацияси кучайган, юрак чуққиси чапга ва пастга силжиган перкуторм, пальпатор – чап коринча гипертрофияси аускультацияда – II тон аортада акцент беради ва 2/3 беморларда систолик шовкин эшитилиши мумкин. ЭКГ – чап коринча гипертрофиясига хос белгилар аникланади.

Р текширишда чап коринча гипертрофияси ва аорта атеросклерози. Асосий узгариш куз туби томонидан аникланади. Гипертоник ангиоретинопатияни 4 боскичи бор.

- | | |
|----------|---|
| 1 боскич | Куз туби артерия ва артериалалари биров кисилган, вена лар кенгайган |
| 2 боскич | Артерия томирларни кисилган яккол куриниб улар веналар билан кесишган жойда вена томирларини босиб колади (Гунна-салюса симптоми) |
| 3 боскич | Артериосклероз ва томирлар кисилиши зураийб, куриш пардасига кон куйилиши кузатилади |
| 4 боскич | 3 боскич белгилари зураийб куриш нервининг шиши ва дегенерацияси куриш пардасини шиши ва дегенерацияси кузатилади, куриш сусайиб еки йуколиб колиши мумкин. |

Артериал гипертония диагностикаси учун – кон умумий тахлили, гематокрит, холестерин, креатинин, сийдик кислотаси, сахар микдори, К, Са, сийдик умумий тахлили, Зимницкий, Нечипоренко синамалари, ЭКГ, упка кафаси рентгени кифоя килади.

Алохида уринда артериал кон босимини тугри аниклаш туради. ВОЗ тавсиясига кура кон босими унгулда бемор утирган холда аникланади, 2 марта 2-5 мин интервал оралигида. Манжетдаги босим хар бир секундда 2 мм.га туширилади. Агар кон босими юкори булса 5 мин.дан олгандан кейин, бемор етган холда аникланиши керак.

АГ диагностикаси учун кушимча текшириш усуллари ихтисослашган кардиологик булимларда куйидаги холатларда амалга оширилади:

1. АГ даволашни яхши натижаси булмаган холатда
2. Даволашга булган тургунлик, яъни гипотензив давога кон босими тушмаган холатлар
3. АГ ни хавфли тури (злокачественная АГ)
4. Ешлардаги АГ
5. Симптоматик гипертонияга гумон килинганда

АГ даги кушимча текширишлар

1. Кон босимини кун давомида мониторинги
2. ЭЭГ, мия реографияси
3. Эхокардиография
4. Буйрак ва буйрак усти безини сканир килиш
5. Аортография
6. Буйракни КТ, МРТ утказиш
7. Буйрак биопсияси
8. Конда Ренин, Адреналин, Норадреналин, альдостерон, простогландин, АКТГ, Na, К, Са микдорини аниклаш
9. Сийдикда 17 КС, 17 ОКС аниклаш
10. Экскретор урография

Асоратлари:

1. Юрак томонидан: стенокардия, миокард инфаркти, уткир ва сурункали чап коринча етишмовчилиги, аорта аневризмаси
2. Мия томонидан: инсульт, тромбоз шахс хусусиятини пасайиши
3. Буйрак томонидан – сурункали буйрак етишмовчилиги (ХПН)
4. Куришни сусайиши еки бутунлай йук булиши
5. Гипертоник кризлар

Дифференциал диагноз: Аввало АГ га тугри диагноз куйиш учун иккиламчи/симптоматик гипертонияни истесно килиш керак. Хозирги кунда 70 дан ортик касаллик ва холатларда кон босимини иккиламчи кутарилиши, яъни симптоматик АГ учрайди.

Симптоматик АГ классификацияси. У еки бу аъзо ва системаларнинг зарарланиши натижасида КБ иккиламчи кутарилишига караб симптоматик гипертония куйидаги грухларга булинади:

- I. Симптоматик гипетонияни буйрак (нефроген) тури (нефрит, пиелонефрит, буйрак амикидоз, гидронафроз, поликистоз, диабетик гломерулосклероз, хомила нефропатияси, реноваскуляр гипертония, сийдик-тош касаллиги ва х.к.)
 - II. Симптоматик гипертонияни эндокрин тури (феохроцитома, кон синдроми, цинко-кушимча синдроми, токсик зоб, климакс, акромегалия)
 - III. Симптоматик гипертонияни юрак ва йирик кон томир патологиясида юзага келадиган – гемодинамик тури (аорта коарктацияси, аорта атеросклерози, аортали порок, юрак етишмовчилиги)
 - IV. Симптоматик гипертонияни церебрал тури (энцефалит. Мия усмаси, диэнцефалит, бош мия травмаси)
 - V. Симптоматик гипертонияни турли-хил дори-дармонлар (гармонлар, контроцевтик воситалар) таъсиридаги медикаментоз тури.
1. Иккиламчи буйрак гипертонияси патогенези асосида буйрак ишемияси ренин-ангиотензин-альдостерон системасидаги узгаришлар асосида кон босими кутарилиши етади. Касалликни хар бирини узига хос клиник белгиси булиб, диагноз кон ва сийдикни текшириш, рентген, УЗИ, КТ, МРТ, радиоизотоп текширишлар асосида амалга оширилади
 2. Иккиламчи эндокрин гипертонияларда адреналин, альдостерон, кортикостероидлар ва бошка гормонларни гипер ва гипопродукцияси асосида кон босими кутарилиб узига хос клиник белгилар пайдо булади – буйрак усти беи рентген текшириш, конда гормонларни текшириш УЗИ, КТ асосида диагноз куйилиб аксарият холда хирургик усулда беморлар даво топади
 3. Иккиламчи гемодинамик гипертония асосий сабаби артани турли жойлардан тугма кисилиши – аорта коарктацияси шаклида учраб уни диагностикаси ва клиникаси яхши урганилган, давоси хирургик усул билан
 4. Иккиламчи церебрал гипертония бош мия жарохати, усмаси ва менингоэнцефалит вакида кузатилади. Касалликни клиникаси КТ, МРТ асосида диагноз осонликча куйилади
 5. Доривор моддалар таъсиридаги иккиламчи гипертония хозирги кунда хомилага карши дориларни ва турли хил гормонларни касалликларда ишлатилиши натижасида юзага келиб уткинчи характерга эга булади.

ДАВОЛАШ

Маълумки ГК узок давом этувчи хроник касаллик, шунинг учун уни даволаш дастури узок мудатга, асоратларини олдини олишга каратилиши лозим. Баъзи холларда даволаш беморларни умрини озиригача давом этиши мумкин. Даволашни асосий томони, масаланинг мохиятини беморларга тушунтириш ва врачни тавсиясини сузсиз бажаришдан иборат эканлигини тан олиш.

Беморни даволаш шартли 2 та катта гурухга булинади, яъни дори-дармон ишлатмай даволаш усуллари ва ГК даволаш учун хозирги замон гипотензив дорилар ишлатиш.

ГК (нофармокологик) – дори-дармонсиз (немедикаментозное) даволаш усули

Аввало ГК ни олиб келувчи турли холатларни (чекиш, семизлик, гиподинамия, куп туз ва овкат истемол килиш, стресс) аниклаш ва уларни бемор хаетидан иложи борида чикариб ташлашга эришиш керак.

1. Пархез (Диета) – юкори калорияли, тузлик, мойлик овкатларни суюклик микдорини камайтириш, суткалик ош тузининг микдори 10 баъзан эса 5,0 гр. гача камайтириш
2. Озиш. Агар беморда семизлик аломатлари булса уни идеал огирлик ҳолатига олиб келувчи пархез, даволашни мукадимасини ташкил этиши керак
3. Чекиш ва алкоголь истеъмол килишни тухтатиш, воз кечиш
4. Пиеда юриш, жисмоний меҳнат билан шугулланиш, сузиш каби оддий тавсияларни бажариш
5. Кунига нормал уйкуни таъминлаш лозим
6. Нофармакологик даволаш усулларига физиотерапия, массаж, жисмоний даволаш, сауна, курортларда, санаторияларда даволаш усуллари ҳам киради. Алохида уринда гидротерапия яъни сув билан даволаш яъни циркуляр душ, ванналар урин олиши керак.

ГК фармакологик яъни дори-дармон билан даволаш усуллари

Охирги 10 йилда дори-дармон ишлатиб гипертонияни даволаш соҳасида жуда катта муваффақиятларга эришилди ва ҳозирги кунда жуда ҳам куп хилдаги гипотензив дорилар амалиётга жорий этилиб огир турдаги касаллик хилларини ҳам даволаш ва кон босимини меъёрини назорат килиб туриш имконияти тугилди. Аммо, ГК фармакотерапияси жуда ҳам мураккаб жараен булиб унда куйидаги коидаларга риоя килиш зарур:

1. Аввало узок мудатга, баъни ҳолларда беморни умри давомида даволаш зарур
2. Хар бир беморни узига мос (индивидуальный подбор) дорини топиб тавсия этиш лозим, чунки бир беморга яхши таъсир килган дори, иккинчи бир кишига таъсир этмаслиги мумкин
3. Бир вақтнинг узида кон босимини бошқарувчи турли маркалар занжирига таъсир килувчи (комбинированность) дориларни ишлатиш керак
4. Даволашда беморни еши, касалликни боскичи, бошка касалликлар (ИБС, диабет) ни бирлиги ва гипотензив дориларга урганиш ҳолатлари инобатга олиниши лозим
5. Ҳозиргикунда ГК ни даволашда боскичма-боскич (ступенчатый) (погона) даволаш тавсия этилади, яъни кетма-кет беморга аҳолига қараб бир, икки еки уч асосий гипотензив дориларни тавсия этилиб, кон босими меъёрига келгандан кейин битта еки иккита асосий дорини доимий қабул килишга утказилади

Гипертензив дориларни ҳозирги замон классификацияси

Касалликни даволашда ишлатиладиган асосий (биринчи қаторда турувчи) гипотензив дорилар ҳозирги кунда куйидаги гуруҳларга булинади:

Асосий гипотензив дорилар

Диуретиклар

Дори	Дозаси	Ишлатилиши
Фуросемид (фуросемид, Лазикс)	40-80 мг	Кунига 1 марта
Хлорталидон (хлорталидон)	25-50 мг	Кунига 1 марта
Гидрохлортиазид (гипотиазид)	25-50 мг	Кунига 1 марта
Индапамид (арифон, индап)	2,5-5 мг	Кунига 1 марта
Спироннолактон (верошпирон)	25-125 мг	Кунига 1 марта
Триамтирен (триампур)	150 мг	Кунига 1 марта

Бета-блокаторлар

Дори	Дозаси	Ишлатилиши
Пропранолол (анаприлин, обзидан, индерал)	20-40 мг/сут	Кунига 2-3 марта
Нодалол (коргард)	80 мг	Кунига 1-2 марта

Атеналол (атеносан, новатен)	25-50 мг	Кунига 1-2 марта
Бисопролол (конкор)	5-10 мг	Кунига 1-2 марта
Метапролол (лопрессор, корвитол, беталок, эгилор)	25-50 мг	Кунига 1-2 марта
Небивалол (небилет)	2,5-5 мг	Кунига 1-2 марта
Карведилол (дилатрен)	6,25-12,5 мг	Кунига 1-2 марта

Са антагонистлари

Дори	Дозаси	Ишлатилиши
Нифедипин (коринфар, кордафен)	5-10 мг	Кунига 2-3 марта
Нифедипин ретард (коринфар ретард, адалат)	10-20 мг	Кунига 2 марта
Исрадипин (ломир)	5-10 мг	Кунига 2 марта
Нитрендипин (байтензин, унипресс)	10-20 мг	Кунига 2 марта
Амлодипин (норваск)	2,5-5 мг	Кунига 1 марта
Верапамил (изоптин, финоптин)	40-80 мг	Кунига 1-2 марта
Дилтиазем (кардил, дильрен)	90-120 мг	Кунига 2 марта
Лацидипин (лаципил)	2 мг	Кунига 1 марта

Альфа-адреноблокаторлар

Дори	Дозаси	Ишлатилиши
Празозин (празозин, прапиол, минипресс, адверзутен)	1-3 мг	Кунига 2-3 марта
Доксазозин (кардура)	2-4 мг	Кунига 1-2 марта

АПФ ингибиторлари

Дори	Дозаси	Ишлатилиши
Каптоприл (капотен)	25-50 мг	Кунига 2-3 марта
Беназеприл (лотензин)	10-20 мг	Кунига 1-2 марта
Моэксиприл (моэкс)	3,75-7,5 мг	Кунига 1 марта
Эналаприл (ренитек, берлиприл, Энап, энам)	5-10 мг	Кунига 2 марта
Периндоприл (престариум, коверекс)	2 мг	Кунига 1-2 марта
Рамиприл (тритаце)	2,5 мг	Кунига 1-2 марта
Фозиноприл (фозиноприл)	10 мг	Кунига 1-2 марта
Цилазаприл (инхибейс)	2,5 мг	Кунига 1-2 марта

Ангиотензин II рецептори антагонистлари

Дори	Дозаси	Ишлатилиши
Лозартан (козаар)	50-100 мг	Кунига 1 марта
Валсартан (диован)	80-160 мг	Кунига 1 марта
Ирбесартан (апровель)	150-300 мг	Кунига 1 марта
Кандисартан (атаканд)	8-16 мг	Кунига 1 марта
Эпросартан (теветен)	600-1200 мг	Кунига 1 марта

Марказга таъсир этувчи дорилар

Дори	Дозаси	Ишлатилиши
Клонидин (клофелин)	0,15-0,75 мг	Кунига 2-3 марта
Метилдопа (допегит)	250-500 мг	Кунига 2 марта
Моксонидин (физиотенз)	200-400 мг	Кунига 1-2 марта
Рилменидин (тенаксум)	1 мг	Кунига 1-2 марта

Гипотензив дориларни таъсир механизми

1. Диуретиклар:
 - Суюклик ва Na тузи микдорини умумий кон массаси микдорини темир ичида камайтиради
 - Юрак систолик хажмини камайтиради
 - Томирлар тонусини камайтиради
 - Артериоллар деворида Ca микдорини камайтиради
 - Кинин система активлигини оширади
2. β -адреноблокаторлар
 - Юрак ишини секинлаштиради, систолик хажми камайтиради
 - Юрак кузгаланувчилигини камайтиради
 - Юракни кислородга булган эхтиёжини камайтиради
 - Ронин ишлаб чиқаришини камайтиради
 - Юракга катахоламинлар ва симпатик таъсирни камайтиради
 - Антиаритмик, антиагинал таъсир курсатади
3. Ca антагонистлари
 - Ca ионларини кардиомиоцитлар хужайраси ичига киришига йул қуймайди, натижада артерия ва артериолалар тонуси, томирлар умумий қаршилиги қамаяди ва гипотензив таъсир юзага келди
 - Буйракда клубочкалар филтрациясини яхшилади натижада буйракда кон айланиши яхшиланади
 - Нефропротектор таъсир курсатади
 - Na реабсорбциясини камайтиради, натижада Na экскрецияси ошади – сийдик хайдаш таъсири юзага келади
 - Чап қоринча гипертрофиясини камайтиради натижада тусатдан буладиган аритмия хавфи қамаяди
4. АПФ ингибиторлари
 - Ангиотензин I, ангиотензин II га айланишини секинлаштиради
 - Альдостерон ишлаб чиқишни камайтиради, натижада натритуроз қупаяди
 - Ренин-ангиотензин систеаси туқима ва томирлар деворида турғунлашади (торможение)
 - Чап қоринча гипертрофиясини камайтиради
 - Антидиуреттик гормон-вазопрессин ишлаб чиқарилишини камайтиради
 - Томирлар қаршилигини камайтиради
5. Ангиотензин II рецепторларини антагонистлари
 - Ангиотензин II рецепторларига таъсир этиб уни ноактив ҳолатга келтиради
 - АПФ ингибиторларидан фарқли уларок кинин системасига таъсир қилмайди, шунинг учун салбий таъсир (қурук йутал) га эга эмас.

АГ даволаш бўйича хулосалар

- Ҳозирги кунда АГ даволашда босқичма-босқич даволаш усули қабул қилинган (яъни олдин 1 та базис препарат, таъсир етарли бўлмаса) кейинчалик 2-3 базис препарат комбинацияси ишлатилади
- Самарали гипотензив таъсир қуйидаги дорилар қушилиб берилса қузатилади
 - Диуретиклар + β блокаторлар
 - Диуретиклар + АПФ ингибиторлари
 - В блокаторлар + Ca антагонистлари
 - В блокаторлар + I адреноблокаторлар
 - Ca антагонистлари + АПФ ингибиторлари
 - Ангиотензин II антог + диуретиклар

- 50% беморларда монотерапия, 85% беморларда (комбинированная терапия) 2 та дори ва 10% ортик беморларда 3-4 гипотензив дори ишлатиб кон босимини нормал холда ушлаб туриш мумкин
- Агар бемор 4 ва ундан ортик гипотензив дорини 6 хафтадан зиед вақт қабул қилиб, кон босими 150/95 ва ундан зиед бўлиб қолса демак гипотензив дориларга рефракторности юзага келган бўлади
- Гипотензив давога танаффус бериш фақат айрим ҳолларда (пархез ва тиртибга риоя қилганда) юмшок гипертонияда қисқа муддатга рухсат этилади
- Ҳозирга қелиб АГ даволашда β блокатор, Са антогонистлари, АПФ ингибиторлари ва диуретиклар асосий уринда туришини, клофелин (гомитон, клонидин), раувольфин препаратлари (раунатин) иккинчи даражага утганини қайд этиш лозим
- Ҳозирги кунда гипотензив даво утқизишда беморни иктисодий аҳволи инобатга олиниши лозим. Гипотензив дорилар нархи бўйича қуйидагича: диуретиклар энг арзон, β адреноблокаторлар 1,5 марта қиммат, АПФ ингибиторлари 2,5 марта, Са антагонистлари 3-5 марта қиммат
- Ешларда гипотензив терапия бўлигича кон босими нормаллашга, қарияларда 140/90-155/95 бўлишига эришиш лозим
- Юмшок гипертонияда 1 кунда 1 таблетка гипотензив дори, урта ва оғир АГ да қунига 2-4 гипотензив дори берилиши лозим
- Дуне амалиети шуни қурсатадики узок ва тугри гипотензив даво утқазилиши инсультларни 2 мартага инфарктларни 25% қамайтириш имконини беради
- АГ оғирлиги ва гипотензив давони натижаси диастолик босим билан аниқланади

Гипертоник кризлар: АГ асорати бўлиб кон босимини тусатдан юқори даражага қутарилиши ва тез ердам берилмаса нишон аъзолар (мия, юрак, бўйрак) томонидан ассоратларга олиб қелиши мумкин.

Сабаблари

- психик травма, стресс
- метеофакторлар
- алкоголь
- қуп микдорда туз истемол қилиш

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

I гипертоник кризларни зудлик (экстренная) билан кон босимини туширилиши лозим бўлган тури. Бу ҳолда тугридан-тугри нишон аъзоларни зарарланиши (инсульт, инфаркт, аневриза ерилиши) белгилари бўлади, ҚБ жуда ҳам юқори (240/150). Бу ҳолда кон босимини зудлик билан тушириш қоралари қурилади. Кон босими 1 соат ичида дастлабки микдордан 25-30% туширилиши лозим.

II гипертоник кризларни тезлик (срочный) билан кон босимини туширилиши лозим бўлган тури. Бу ҳолда кон босими юқори, лекин нишон аъзоларини тугридан-тугри зарарланиш белгилари ҳозирликга йук. Бу пайтда 2-3 соат ичида кон босими дастлабки микдордан 25-30% туширилиши лозим.

Гипертоник кризларнинг белгилари

- Тусатдан бошланиши
- Кон босими, айниқса диастолик кон босими жуда юқори (120) бўлиши
- Церебрал белгилар (бош оғриги, бош айланиши, қунгил айнаб қушиш, қуришни бўзилиши, мия зарарланишини неврологик белгилари)
- Кардиологик белгилар (оғрик, нафас қисиши, аритмия)
- Вегетатив белгилар (қалтираш, қурқув, ваҳима, терлаш, тез-тез сийиш)

Ушбу даврда тезлик билан ердам қилинмаса нишон аъзоларни зарарланиши қузатилади.

Гипертоник кризлардаги муолажа турлари

1 турида

- Натрий нитропруссид (нанипрус) 50 мг 5% глюкозада в/и, минутига 3-4 томчи
- Иприд 100 мг в/и томчилаб
- Нитроглицерин 4,0 1% эритма в/и минутига 3-4 томчи
- Лабеталол (20 мг), диазоксид (75 мг), гидралазин (25 мг) в/и томчилаб
- Арфонад 250 мг в/и, томчилаб
- Пентамин 1,0 5% в/и
- Клофеллин 0,01% эритма в/и

Эхтиёжга караб строфантин, эуфиллин, сульфат магний, реланиум, сийдик хайдовчи (лазикс в/и) дорилар берилади.

2 турида

- Арфонад, клофеллин, пентамин, дибазол, лазикс в/и
- Нифедепин, каптоприл, клофелин бир неча марта сублингуаль такрор-такрор берилиши мумкин
- Эуфиллин, реланиум, строфантин берилиши мумкин

ПРОФИЛАКТИКАСИ

1. Бирламчи профилактикаси
2. Иккиламчи профилактикаси

Бирламчи профилактикага АГ келиб чиқишини олдини олишга қаратилган бўлиб:

- Иш ва дам олишни режалаштири, жадвал асосида олиб бориш;
- Стресс, неврозларни олдини олиш;
- Бемор оғирлиги массасини камайтириш, овқатланишни тартибга солиш;
- Овқатда туз микдорини чеклаб суткалик микдорини 5 гр. тушириш;
- Жисмоний ҳаракатни тартибга солиш;
- Невроз ва гипертонияни олди ҳолатида санатор-курортли даволаш, физиотерапия кенг соғломлаштириш.

Иккиламчи профилактика АГ авж олиши ва асоратларини олдини олишга қаратилган бўлиб:

- Бемрларни диспансер назорати ва даволашни яхшилаш;
- АГ 1 босқичида беморни йилига 1 марта, 2 босқичида йиллига 2 марта терапевт, кардиолог, невропатолог, окулист иштирокида куриқдан утқишиш ва керакли лаборатор-инструментал текширишларни утқишиш;
- Интенсив гипотензив даволанаётган беморларни ҳар икки ҳафтада назоратда бўлиб туришини таъминлаш;
- Санатор-курорт шароитида даволанишга курсатмани белгилаш;
- Беморни ишга яроқлигини аниқлаш.

МАВЗУ: 5. "КУКРАК КАФАСИ КЕЧАДИГОН ОГРИКЛАРНИ КИЁСИЙ ТАШХИСИ. СТЕНОКАРДИЯНИ ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИ"

Мавзу максоди: Кукрак сохасида кечадигон огрикларни чакирувчи сабаблар, уларни стенокардия, миокард инфарктидан фарқи, стенокардияни кечиши. Даволаш принциплари, тез ердам, стенокардияни даволашда асосий ҳисобланган 3 гуруҳ медикоментоз дориларни батафсил таърифи. ВОП тактикаси.

Кургазма жихозлари:

Беморлар, стаблицалар.

Тавсия дастури:

1. Руководство по кардиологии. Е.И.Чазов 1982 г.
2. Стенокардия. В.С.Гасилин М.1987 г.
3. Кардиология. А.И.Воробьев М. 1990 г.
4. Основы клинической фармакологии Н.А.Мазур М.1988 г.
5. Ишемическая болезнь сердца. Под ред. Утешева и др. М., 1999 г.
6. Симптомы внутренних болезней. Майкл Затуерофф. М. 1997 г.

КУКРАК СОХАСИДА БУЛАДИГАН ОГРИКЛАРНИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ. СТЕНОКАРДИЯНИ ДАВОЛАШ

Кукрак кафасида булган огриклар уткир ва хроник кечади.

I. Уткир огриклар купинча куйидаги ҳолларда учрайди.

1) Упка га плевлари уткир зарарланиши: уткир трахеобронхит, спонтан пневмоторакс, упка инфаркти.

Ушбу касалликлар учун, асосан, курук ёки балғам билан кечадигон йутал ҳосил ва тана ҳароратини кутарилиши ҳам характерли. Шу билан бирга аускультатив ва рентгенологик курсаткилар диагноз куйишда аҳамияти катта.

II. Кизил унғач, меъда, диафрагма зарарланганда огрик билан бир қаторда дисфагия, зарда, кекириш, огрикни овқат билан боғланиши булади. Айниқса диафрагмал ғрыжа, дивертикулит ва ярани мъеданинг юкори қисмида, кизилунғачда жойлашиши стенокардия еки миокард инфарктига ухшаш огрик беради. Бунда анамнез, А/Б нинг ухғариши, ЭКГ текширишларнинг аҳамияти катта.

3. Кукрак сохасида огрик буйин еки курак умурткаларининг остеохондрозиди, кувургалараро невралгияда, миозитда учрайди. Бу пайтда огрик пальпацияда, ҳаракат қилганда қучаяди. Невропатолог консултацияси, умурткалар рентгенографияси ердам берида. Опоясываюший лишай (белбоғсимон жойлашган лишай) да биринчи ҳафтада курак кафасида каттик огрик пайдо булади.

Кейингалик тонма белгилари куринади.

4. Кукрак сохасида огрик дисгармонал, алкогольли миокардио дистрофияда, миокардитда, перикардитда учрайди. Бунда огрик узок, давом этадиган, нағрузка билан боғлиқ булмаган булиб, бошқа шикоятлар билан бирга кечади.

Перикардит этиологияси вирусли, туберкулез, ревматизм булиб, травма, усмалар ҳам сабаб булади. Бунда касаллар купинча утирган ҳолатда булади. Ҳарорат кутарилиши, лейкоцитоз, СОЭ нинг ошиши характерлидир. Биринчи ҳафтада перикард ишқаланиш шовқини эшитилади. ЭКГда ST ҳамма булмағаларда кутарилган кутарилган булиб, бир неча вақтдан кейин пасайиб, сунг манфий булади.

СТЕНОКАРДИЯ ТАЪРИФИ:

Стенокардия узининг пароксизмаллиги, қиска вақт давом этиши, аниклиги билан, ҳамда нитратлар эффективлиги билан характерланади. С-м Левина - беморлар огрикга шикоят қила туриб, кулларини муштлаб, туш суягининг урта қисмига қуйиб курсатадилар (мушт с-ми). Агарда беморда огрик юрак соҳасининг дам у ер, дам бу ерини курсатса

стенокардия эхтимоли кам. Стенокардияда огрик хаво етишмаслиги билан кечади, Огрик 1-5 гинут давом этади. Шикоятлари конкрет ва кам. Огрик вактида касаллар кимирламайди. "Витрина симптомы".

Ножуя таъсирлар: бош огриги, бош айланиши, юрак уриши, куюлиш хисси, тери гиперглияси, диспепсиялар (кабзият). Узок муддат кулланилган болдирларда шиш, декомпенсацияга боглик булмаган уйкучанлик.

ДИЛЬТИАЗЕМ (дилзем) таблеткалар 30 мг, ампулада 20 мг в/и дан чикарилган. Ичканда яхши сурилади, тулик метоболизмга усрайди. Ярим парчаланиш даври 3 соат. Узок куллаганда кумуляция булиши мумкин. Ут ва ахлат билан чиқади. Восита бироз дромотроп ва уртача гипотензив тахсирга эга.

Ичишга 2-3 марта/сутка 30 мг дан. Эффектив суткалик доза 120-240 мг, киска курсларда 360 мг/сутка булиши мумикн. Вена ичига 20 мг+ мл дистилланган сув билан буюрилади. Зурикиш стенокардияси, принцметал стенокардиясида тавсияланади. Ниьтратлар ва β-блокаторлар билан бирга куллаш мумкин.

Ножуя таъсирлар: ошкозон-ичак трактининг бузилишлари, гипотония, аллергетик реакциялар.

СЕНЗИТ - 50 мг таблеткада чикарилади. Стенокардия хуружи олдини олишда ишлатилади. Зурикиш ва тинчлик стенокардиясида кулланилади. Ножуя тахсирлари: Зурикиш ва тинчлик стенокардиясида кулланилади. Ножуя таъсирлари: бош огриги, кунгил айнаши, аллергик реакциялар. Миокард инфарктида, жигар зарарланишларида тавсия килинмайди. Шунингдек β-блокаторлар билан бирга куллаш хам максадга мувофик эмас.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИНИНГ ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ПРИНЦИПЛАРИ

Стенокардия I-II фс - битта синфга мансуб дорилар (нитратлар, ёки β-блокаторлар, ёки Са антагонистлари, аспирин).

5-7 кунда самара бермаса 2-та синфга, жуда кам холларда 3-та синфга мансуб дориларни биргаликда куллаш зарур.

Стен-я I-II фс - 1. аспирин 125-160 мг, 50-100 мг кунига 1 марта.

2. Нитроглицерин, нитросорбит, нитрат, сустан ва х.к.

Стен-я III-IV фс 1. Нитратлар

2. Са⁺ аптаг

3. β-блокаторлар

4. комбинациялашган даво

5. антиаритмик

6. АУФ ингибитор.

Дорилар комбинациясида кушимча аломатларни инобатга олиш шарт. Синус тах-да (β-блокаторлар, Са антагонистларидан, дилтиаземни веранамил).

Синус брадикардиясида ёки АВ блокадада (пифединин, адалат), хилниловчи аритмияда (β-блок, веранамил ёки дилтиазем, дигоксин, юрак етишмовчилигида (Са антагонистларидан осма адалат 30-60 мг/сут, норваси ёки фелодинин), АГ билан - Са антагонист, β-блок).

Бекарор, ностабил стен-да даволашни. Аспиран кардио (260-325 мг/сут) дан бошлаб, 5-10000 Ед гепарин вена оркали юборилади ва суткасини 10-15 ед/кг ваднга юборилади.

АНТИАНГИНАЛ ВОСИТАЛАР

АНТИАНГИНАЛ ВОСИТАЛАР (ААВ) ЮИК билан беморларни комплекс даволашда етакчи уринда туради. Улар коронар кон айланишни яхшилаиди, миокард метоболизмига таъсир килади. Миокарднинг О₂ билан таъминланиш ва эхтиёжи мутаносиблиги бузилишини тенглашувини таъминлайди.

Энг эффектив ААВ га куйидагилар киради:

1) нитратлар; 2) β-адреноблокаторлар; 3) Са-антогонистлар.

Бошка возодияторлар хозирги вақтда кам Амалий ахамиятга эга.

Энг эффектив ААВ га нит ратлар киради. Улар коронар артерияларда каршиликини пасайтириб, улар кон окимини оширади. Юракка веноз кон келишини пасайтиради. Бу эса миокард ишини енгиллаштиради, юрак зарб хажми ва артериал босимини пасайишига олиб келади. Шунингдек охирги диаст олик босим ва чап коринча хажми камаяди, миокард девори зурикиши пасаяди. Буларнинг хаммаси нитратларнинг мухим таъсири, миокарднинг O_2 га эhtiёжи камайиши окибатидадир. Коронар артериялар окклюзиясида, кон билан кон билан таъминланиши коллатераллар оркали булганда нитратлар уларни кенгайтиради ва сонини ошишишга олиб келади.

Миокард девори зурикишнинг пасайиши коллатериалларда кон окими каршилигини пасайтиради, шу билан нитратларнинг коллатериал окимга билвосита таъсири намоён булади. Нитратлар шунингдек бошка томирларга хам таъсир килади: церебрал томирларни кенгайтиради (юош огриги, пальсация сезиш), висцерал томирларни торайтиради. Нитроглицерин носпецифик таъсири ошкозон ичак тракти, бронхиал сист.да силлик мушаклар бушаши билан намоён булади.

ЮИК ни даволашда нитратлар гурухидан нитроглицеринни турли формалари ва изосорбит динитрат (нитросорбит) мухим ахамиятга эга. В.И.Метилица ва унинг соавторлари нит ратларнинг таъсир давомийлигига кура 3 гурухга ажратади: а) киска муддатли таъсирига сублингвал нитроглицерин эга. Б) уртача давомий таъсиридаги нитроглицерин формаларига сустак, нитронг таблеткалари, нитромаккапсуласи, нитроглицерин ва тринитралонг мази киради. В) узок таъсир этувчи воситаларга нитроглицерин пластикалари ва дискларикиради. Оддий таъсирли изосорбит динитратнинг даволовчи формаларига изосорбит динитрат таблеткалари киради. Уртача давомийлиги изосорбид динитрат формаларига изомак-ретард, изосорбит мази, динитросарбилонг пластинкалари киради.

Нитроглицерин ААВ нинг эталони хисобланиб, узок вактлардан буён кулланилади. Таб (0,5 мг нитроглицерин) ва 1% ли спирт эритмалар (3 томчи 1 та таб тенг), шунингдек капсулаларда –(ёгда 1% нитроглицерин эритмаси) чикарилади. Сублингвал ишлатилади (таблеткалар, капсула ёки 1% нитроглицерин 2-3 томчи кандга томизиб суришга). Восита тез сурилади. Таъсири 1-2 минутдан кейин бошланади. Конда максимал конценттрацияси 4 минутда пайдо булиб, 20 минут сакланади. Кейин конценттрацияси камайиб конда 45 минутдан кейин восита организмдан чикарилади. Нитроглицериннинг эффектлиги яхши булиши учун купгина коидаларга ри оя килиш керак. 1 марта кулланганда таблетканинг $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{3}$ дозаси сублингвал бериш мумкин, кейинчалик 1 таблеткадан. Агар 1 таблетка стенокардия хуружини йукотмаса 5 минутдан кейин Яна дорини бериш мумкин. Эффект булмаганда 3 баравар дозани бериш мумкин. Нитроглицеринни бемор яхши кутарса бирдан 2-3 таблетка кабул килиши мумкин. Агар хуруж 15 минутдан кейин бир неча доза кабул килгандахам утиб кетмаса, бошка воситалар хаттоки, наркотик аналгетикларни куллаш керак. Бемор билиши керак- хуруж бошланиш вактида нитроглицерин кабул килиши керак, акс холда стенокардия хуружи ривожланган вақта унинг эффективлиги паст ёки умуман булмаслиги мумкин. утирган холда кабул килиш яхшироқ, чунки унинг гипотензив ва обмарок холати булиши мумкин. нитроглицерин беморга профилактик максадда физик зурикиш ва психоэмоционал кузгалишдан олдин, совук кунда кучага чикишдан олдин ва стенокардия хуружига олиб келувчи барча холатларда олдин кабул килиш керак. Бемор нитроглицериннинг коронги шиша идишларга беркитилган холда сакланиш кераклигини билиш керак. Агар очик холда сакланса 1 хафтада бошлангич холатидан 32% таъсири йуколади. Шиша трубкалар сунъий тикинлар ёки резинабилан ёпилиши керак, пахта,марли ва бошка материаллар дорини узига адсорбирлайди. Пластмасса идишларда нитроглицерин активлиги йуколади. 24 соатда 50%, 72 соатда 80%. Баъзи беморлар бош огриги чакиргани учун нитроглицеринни кабул кила олмайди. Уларга Вотчал томчиларини тавсиялаш мумкин. таркиби нитроглицериннинг 1% эритмаси+минтолнинг 3% спиртли эритмаси 1:9 нисбатда. Унинг 5 томчиси $\frac{1}{2}$ томчи 1% ли нитроглицерин узида саклайди. Эффект кам булганда нитроглицерин микдори 2:8, 3:7 гача ошиши мумкин. ментол нитроглицериннинг ноужа

таъсирларини йукотади- бош мия томирларига вазоактив таъсир курсатади. Вотчал томчиларининг hozirda узгартирилган тури кулланилади. Бунинг 10-15 томчиси 1- кабулда тавсияланади. Улар купрок невротик холатларда тавсияланади, яъни юрак сохасида кучсиз огрик билан кечганда. Бош огригидан ташкари нитроглицериннинг ноужа таъсирларига бош айланиши, хатто обмарок холатлари киради. Булар купинча кон босими ва церебрал атеросклерози булганларда кузатилади. Уларга нитроглицериннинг камайтирилган дозаси етган ёки утирган холатда буюрилади. Энг хавли асорати АКБ нинег кескин тушиб кетишидир. Бу миокард инфаркти билан беморларга хавф тугдиради. Нитроглицериндан кейин 10 мм сим.уст. микдорига босим тушиши нормал холат булиб, уни коррекция килиш шарт эмас. Препаратнинг гипотензив таъсири алкохол истемол килганда кучаяди, чунки алкохол периферик кон айланишига таъсир килади. Эсдан чикармаслик керакки 40% беморларда «окибат эффекти» кузатилади, яъни систолик босим, зарб ва минутлик хажм ошади. Бу препаратни кескин узиб куйганда булади.

Нитроглицерин берилганда бемор Яна кандай воситалар кабул килаётганлигини хисобга олиш керак. Фенобарбетал нитроглицерин метоболизмини активлайди. Аденомемитиклар нитроглицерин чакирган гипотензияни камайтиради.

Нитроглицеринни куллашга Карши курсатмалар: воситани кутара олмаслик, баланд бош мия босими, мияга кон куйилиш, миокард инфаркти гипотония билан.

Нитростат – нитроглицериннинг вена ичига кулланилувчи сувли эритмаси. 5-10 мл %5 глюкоза 0,8 – 5 мг ли ампулаларда препарат стерил изотоник эритма ёки 5% ли глюкоза эритмаси билан буюрилади. Бошланишда 5-10 мкг/мин тезликда киритилади, кейин хар 5 мин да тезлиги 10 мкг/мин га оширилади. Одатда терапевтик тезлик 50-100 мкг /мин – 350 мкг/мин га тенг. Поливинилхлорид трубкали системаданутишда доза узгаради, чунки 20% дан 80% гача нитроглицерин унинг деворларида ушланиб колади. Бунда АКБ ни назорат килиб туриш керак. Россияда нитроглицерин эритмаси 2 мл 1% ли ампулада чикарилади. Вена ичига куллашга курсатма – ностабил стенокардия, миокард инфарктининг 1 суткаси.

Чет элларда нитроглицериннинг аэрозоли куллаш усуллари бор. Унинг купгина ет ишмовчиликлари бор.

СУСТАК – нитроглицеринни микроинкапсулярланган йул билан тайёрланган 2,6 мг ва 6,4 дозада чикарилади. Ичаётганда структураси бузилмаслиги керак, бутунлигича ютиш керак. Таблетканинг бир кисми сурилади, 10 мин кейин эффект боради. Колган кисми ичакларда секин сурилиб, жигарга боради 2,6 мг дозали сустак кабулида, конда даволовчи концентрацияси аникланмайди. Шунинг учун, 2,6 мг сустак эффективлиги шубхалидир. 6,4 мг дозали сустак аник формокологик таъсир 1 соатдан кейин кузатилади. Давомийлиги 4-5 соатдан ошмайди. Стенокардиянинг огир кечишида давомийлиги 1 соат булиши мумкин. шунинг учун, сустак аник шаблон буйича эмас, балки хар бир конкрет холатда таъсир давомийлигига караб кулланилади.

Дозаси индивидуал танланади. Дорининг терапевтик дозаси, ноужа таъсирга олиб келувчи дозасидан бироз кам, шунинг учун, бош огриги, бош айланиши каби белгиларда препарат дозасини ориентир килиш мумкин. яхши кутарганда сустакнинг 1 марталик дозаси 12,8 мг (2 таб 6,4 мг дан).

Обзиданнинг бошангич дозаси 20 мг, 4 махал кунига, овкатдан 30 мин олдин. 3-5 кундан кейин 40 мг гача 3 махал кунига. НБС да 160-200 мг гача стенокардия хуружи рецидивларини узок вактларга тавсия килиш мумкин. воситани 2 хафта мобайнида тухтатилади.

Обзидан стенокардияда тавсия килинади, айникса йулдош артериал гипертонияда, ритм бузилишлари булганда. Шунингдек, уткир миокард инфарктида перинекротик зонани камайтириш ва нефротик зонани чегаралаш максидида тавсия килиш мумкин.

В.Г.Папов, В.И.Мартыновлар (1986) уткир инфаркт миокарди булган 35 бемордан индерил билан даволанганлар. Дори восита 0,1 мг/кг дозада вена ичигша томчилаб 0,05 мг/кг минг тезликда монитор кузатуви остидаюборилади. Томчилаб юборилгандан 4 соатдан сунг

шикланиб булган некроз учогига таъсир килмайди, лекин миокард инфарктини Клиник кечишини яхшилаиди.

Кон айланиш етишмовчилигини олдини олиш ва йукотиш максатида индерал нитратлар билан бирга тавсия килинади. Муаллифлар ифодаланган гипотония ва брадикардиядаиндерал юбориш тавсия килинмайди.

Хлорпронол таблеткада 5 мг дан чиқарилади. Минемал суткалик дозаси 5 мг, максимал – 45 мг купинча суткасига 10-20 мг дан тавсия килинади.

Хамма – β -адреноблокаторлар учун дозалаш принципи бир хил кичик дозалардан 2,5 мг дан 2-3 маҳал бошланади. 3-7 кундан сунг дозаси камайтиради, терапевтик эффект юзага келгунча. Тобанум пропранолол нисбатан давомлироқ таъсир килади.

Нодол – нокардиоселектив β -блокатор, симптомемитик активликка эга булмаган. 40-80 мг таб. Чиқарилади. Кабул килингандан 1-4 соатдан сунг конда максимал доза юзага келади. Ярим чиқариш даври 13-24 соат. Ахлат билан 70-80% ажралади. 40-80 мг дан кунига 1-2 маҳал кабул килинади. Дозаси эффектига караб тайинланади. А.А.Кириченко (1985) ЮИК билан 39 беморда надолл билан даволаш эффективлигини урганишган. Муаллифлар дори воситасини яққол антиангинал таъсирини аниқлашган. Таъсир давомийлиги пропранолол таъсиридан 3 баробар устун булган симпатомиметик фаолликка эга булган нокардиоселектив β -адреноблокаторлардан (окспренолол, альренолол, пиндоллол) окспренолол энг куп практик ахамиятига эгадир. 20 мгл таблеткаларда чиқарилади. Ошкозон-ичак трактида яхши сурилади. Буйраклар оркали чиқарилади. Кондаги энг куп контрацепция 1,5 соатдан сунг юзага келади. Таъсир давомийлиги 12 соат. Даволаш кичик дозалардан бошланади. 20 мг дан кунига 3 маҳал овкатдан 20 минут олдин. Керак плацебо ёрдамида. Кейин нитроглицеринли пластинка танланади. Бу пластинканинг тулик сурилишидаги терапевтик эффекти. Тахминий хисоблаш прпофилактика учун 0,5 мг нитроглицерин буюрилади.

Бошка нитратлар каби препарат кон айланиш хроник етишмовчилигининг комплекс терапиясида ишлатилади.

ИЗОМАК-РЕТАРД. 40 мг изосорбит динитрати булган капсулаларда чиқаришади.(ФРГ)

ИЗОКЕТ-РЕТАРД- таблетка 60 мг изосорбит-динитратида.

ИЗОСОРБИТ-20 мг ли капсулада.

ДИНИТРОСОРБИЛОНГ кулланилганда яхши ва узок вақтли эффект олинган. Яққол антиангинал эффект унинг жигарни четлаб тугри кон окимига тушиши сабаблидир.

Нитросорбит гурухидан Янги восита изонит (Финландия) 20 мг таблетка. Ичишга ва сублингвал.

В-БЛОКАТОРЛАР

1) кардиоселектив (β_1 -блокаторлар) а) метаприл(беталок), антилолол (тенормин) таминолол (корданум) б) ацебуталол (сектраль).

2) нокардиоселектив (β_1 - β_2 -блокатор) а) пропранолол, хлорпропранолол, томолол, надоллол, б) оксипреналол, пиндалол (вискен)

Энг актив мембрана стабилловчи таъсирга пропранолол, альпренолол, оксипренолол, пиндоллол, ацебуталол, галинолол эга. Бу хусусиятга тимолол, соталол, атенолол эга эмас.

β -блокаторларнинг антиангиналтаъсири юкоридаги хусусиятларга боглик эмас ва у фармакокенетикаси ва дозаси билан аникланади. β -адреноблокаторларнинг фармакокенетикаси юрак уриш частотаси камаяди. Атриовентрикуляр утказишда утказувчанлик сусаяди. Улар миокард кискарувчанлигини камайтириб O_2 га эҳтиёжини пасайтиради.

Углевод алмашинувига хам таъсир килишади: гипогликемия.

Хусусий симпатомиметик фаолликка эга, бу гурухдаги воситалар тинчликда юрак частотасининг минимал камайтиради ва юракнинг насос фаолиятига мусбат инотроп ва биров хронотроп таъсир курсатади.

Хусусий симпатомиметик β -адреноблокаторларнинг фойдали хусусиятларига карамадан, улар терапевтик эффектининг намоён булиши камлиги учун, хусусий симпатомиметик фаоллиги булмаган β -блокаторларга нисбатан кам ишлатилади.

Пропранолол таблетка 10-40 мг дан капсулада 160 мг дан, ампулада 1 ва 5 мл 0,1% эритмада чиқарилади. Ичилганда 90% зиёди тулик сурилади. Жигарда 20% метоболизмга учрайди. Юрак, упкалар жигар, буйраклар, камрок бош миёга таъсир қилади. 90% сийдик билан чиқади. Таъсир давомийлиги ва эффект дозага боғлиқ. Тавсия қилганда юрак уриши ва АКБ ни кузатиш керак.

НИТРОНГ – нитроглицериннинг микрокапсулирланган воситаси 2,6 мг ва 6,5 мг таблеткаларда чиқарилади (АҚШ). Сустика нисбатан периферик гемодинамик эффекти яққолроқдир. 6,5 мг нитрон давомийроқ 1 марталик дозаси 5-13 мг.

НИТРОНГ МАЗИ – нитроглицериннинг 2% ли ёғли эритмаси. Стенокардия хуружи профилактикаси учун ишлатилади. Дозаланиши ғубикдан узунлиги 12,5 25,50 мм, бу 7,5 15,30 мг нитроглицеринга мос. Маз курук, елка, корин терисига юпка қилиб суртилади. Терига яхши адсорбцияси ва кейинги химоя қилиш учун пластик материал билан қопланади. Фармокодинамик эффект 15-30 минутдан кейин пайдо бўлади. 5 соатгача давом этади. Уйқудан олдин маз суртиш мақсадга мувофиқ. Шунингдек физик куриқишдан олдин.

НИТРО-МАК нитроглицериннинг микрокапсулланган формаси 2,5 ва 5,4 мг нитроглицеринли капсулада. Таъсир механизми сустика ухшаш.

ТРИНИТРОЛОНГ – ватанимизда чиқарилади, нитроглицериннинг 6 мг ли капсулада. 1-2 мг нитроглицерин бўлган аппликация учун пластинка шаклида. Бошка воситалардан фарқли равишда тринитролонг ҳам хуружни йукотиш профилактика учун қулланилади.

Профилактика учун бироз сув билан капсула ичилади. Таъсири 1 соатнинг охирида ривожланади, яъни сустика ва нитроглицериннинг бошка турларига нисбатан кечроқ. Бу капсуланинг секин сурилиши оқибатидадир. Восита таъсирини тезлантириш учун капсула 1 минут оғизда ушлаб туриш ёки махсус перфорацияли капсулаларни ичиш мумкин. Таъсир давомийлиги 4 соат ва қупроқ.

Пластинка шаклидаги тринитролон қуйидаги иборат сополимернинг нотоксик биоэритмаси 1-2-3 мг нитроглицерин ва таъсирини узайтирувчи махсус қушимчалар давомида.

Тиндалол таъсирига қура окспреналолга яқин. Таблеткаларда 5 мг дан, узайтирилган таъсирлиги 15 мг дан чиқарилади, ампулаларда 0,02%-5 мл эритмаси чиқарилади, ярим чиқариш даври 3-4 соат, кекса қишларда 7 соат. Антиангинал ва антиаритмик таъсирига қура обзидандан қучсиз. 5 мг дан 3 махал овқатдан 30 минут сунг берилади. Курсатмаларга қура, сутқали доза 30 мг гача оширилиши мумкин. таъсири узайтирилган препарат 15 мг дан қунига 1-2 марта берилади.

Л.И.Альбенская ва Г.И.Брагина тургун стенокардия билан 61 беморда анаприлин ва симпатомиметик активликка эга бўлган носелектив адреноблокаторларнинг клиник ва кардиогемодинамик эффектларини таққослаш юзасидан текшириш утқаздилар.

Муаллифлар шунини тақидлашдиларки симпатомиметик активликка эга бўлган ва булмаган воситаларнинг антиангинал фаоллиги эквивалент дозалар берилганда бир хил. Гемодинамик параметрлар туолича узгарган, вискен ва тразикор қуллаганда, манфий хронотроп таъсири камрок, гепотензив таъсири қупроқ ифодаланган.

Велоэргометриқ зуриқиш шароитида воситаларнинг симпатомиметик активлиги қамаяди ва β -адренорецепторларнинг носелектив блокадаси биринчи уринга чиқади. Муаллифлар брадикардия ва гипертония фонидаги стенокардияни даволашда тразикор ва вискен танлов препарати деб ҳисоблайдилар.

Альпrenaлол қучсиз симпатомиметик активликка эга. Таъсири тез юзага қелади. 100-200 мг дан қунига 4 махал берилади. Антиндурулис узайтирилган таъсирга эга. 200-400 мг дан сутқасига 2 махалдан берилади.

Кардиоселектив β -адренорецепторлар мутлоқ кардиоселективликка эга эмас ва қатта дозаларда β_2 -рецепторларга блокловчи таъсир қурсатади. β_1 -рецепторларга улар камрок

таъсир курсатади. Ушбу воситалар кичик ва урта дозаларда ЮИК булган беморларда куйидаги йулдош касалликлар аникланганда, сурункали обструктив бронхит, бронхиал астма, периферик артериялар зарарланганда берилади. Бу воситалар кучсиз антиангинал активликка эга.

Талинолол дрожида 50 мг дан, ампулаларда 10 мг дан чикарилади. Ичилгандан сунг ичакдан 75% сурилади. Ярим чикариш даври 6 соат.

Ичишга бир дрожедан 3 махал овкатдан олдин буюрилади. Вена ичига 10-20 млн дан аста-секин юборилади. Максимал суткалик дозаси 400-600 мл. препаратнинг катта дозалари электрокардиограмма назорати остида тавсия этилади. Препаратнинг 40 мл пропранололга тенг булагги таъсири 100 мл препарат берилганда юзага чиқади. Бунда гоминалолнинг кардиоселектив фаоллиги йуколади.

Ножуя таъсирлари: бош огриги, бош айланиши, кунгил айнаши даволаш бошида пайдо булади ва кейинчалик утиб кетиши мумкин. кам холларда куз ёш ажралишининг камайиши, отид, коринда огрик кузатилиши мумкин. бунда препаратни бериш тухтатилади ёки дозаси камайтирилади. Таленалол таъсирида диккат бузилиши мумкин, шунинг учун препарат транспорт хайдовчиларга берилмайди.

АЦЕБУТАЛОЛ хусусий симпатомиметик ва мембрана стабилловчи, узок муддат таъсирига эга кардиоселектив β -блатор 400-200 мг таблеткада 5 мл (25мг) 0,5% эритма ампулада чикарилади. 200 мг дан 2 махал кунига ичишга буюрилади, огир стенокардияда - 300 мг дан 3 марта сут. Вена ичига 1 мг/кг дозада. АКБ, PS назоратида β -адреноблокаторлар дозаси катъий индивидуалдир. Кондаги биноан, кам дозадан бошланиб, клиник эффект олингунга кадар оширилади. Даволаш узок муддатли препаратга куникиш пайдо булмайди.

Огир стенокардияларда беморларга узок муддат таъсирли β -блатор тавсиялаш максадга мувофик. Кундуз вактидаги стенокардияда эса каска таъсир муддатли β -блаторлар яхши эффект беради. Агар даво эффекти етарли булмаса β -блаторларни нитратлар Са-антогонистлари билан 1 га куллаш курсатилади.

НИСБИЙ КАРШИ КУРСАТМАЛАР.1) Рейно синдроми, перемежающийся хромата; 2) инсулинга боглик кандли диабет; 3) яра касаллиги.

Кариларда ножуя таъсирлар куплигини хисобга олиб эхтиёткорлик билан буюриш керак.

КАЛЬЦИЙ АНТОГОНИСТЛАРИ

Таъсир механизми бу гурух воситалари миофибрилларга Са ионлари киришига тускинлик килишади, шу йул билан АТФ-азаферменти активлигини сусайтиради. Мушакларнинг энергияга бош фосфатларни ишлатилиши камаяди, юракнинг механик иши ва O_2 ни ишлатилиши камаяди. Са-антогонистлари мушак толаларини бушаштириб корона рва периферик томирлар каршилигини камайтиради. Коронарспазмин юкотию ва коллатерни кенгайтирган холда миокарднинг кон билан таъминоти яхшилаиди. Периферик томирлар кенгайиб, послепагрузка пасаяди. Шунингдек антиаритмик ва гипотензив таъсирга эга.

Верапамил – таблеткаларда 0,04-0,08 г дан, ампулади 0,25%-2мл дан, изоптин ретард 120 мг, изоптин форте 240 мг дан чикарилади.

Ичишга 80 мг дан овкатдан кейин 3 махал. Агар лозим булса 2-3 кундан кейин 480-60мг/ сутка ошириш мумкин. ЭКГ контроли керак. Токсик таъсир булса, РО интервал узаяди.

Бу воситалар зурикиш стенокардиясида ритм бузилиши булганда (тахикардия, экстрасистолия) тинчлик стенокардиясида буюрилади.

Карши курсатма гипотензия, КАЕ, АВ-блокада, синус тугун сустлиги, кардиоген шок.

Ножуя таъсирлиги кунгил айнаши, бош айланиши.

Нефедипин -0,01г дан таблеткаларда. Конда максимал концентрацияси 1 соатдан 6 соатгача пайдо булади. Сублингвал кабул килганда 5-10 мин да бошланиб, ичганда 30 мин да бошланади. Давомийлиги 4-6 соат. У утказувчанликни унча таъсир килмайди. Гипертоник кризларда ишлатиш мумкин. кунига 3-4 марта 20-30 мг дан тавсияланади. Профилактик максмадда зурикиш стенокардияси, принцметал стенокардиясида, гипотоник касалликда ишлатиш мумкин.

Ножуя таъсирлар: бош огриги, бош айланиши, юрак уриши, куюлиш хисси, тери гиперглияси, деспесиялар (кабзият) узок муддат кулланилганда болдирларда шиш декомпенсацияга боглик булмаган уйкучанлик.

Дильтиазем таблеткада 30 мг, ампулади 20 мг дан чикарилади. Ичганда яхши сурилади. Тулик метоболизмга учрайди. Ярим парчаланиш даври 3 соат. Узок куллаганда кумуляция булиши мумкин. ут ва ахлат билан чикади. Восита бироз дромотроп таъсир ва уртача гипотензив таъсирга эга.

Ичишга 2-3 марта сутка 30 мг дан. Эффектив суткалик доза 120-140 мг киска курсларда 360 мг/сутка булиши мумкин. вена ичига 20 мг дистилланган сув билан буюрилади. Зурикиш стенокардияси принцметал стенокардиясида тавсияланади. Нитратлар ва β -блаторлар билан бирга куллаш мумкин.

Ножуя таъсирлар: ошкозон-ичак трактининг бузилишлари гипотония аллергик реакциялар.

СЕНЗИТ-50 мг таблеткада чикарилади. Стенокардия хуружи олдини олишда ишлатилади. Зурикиш ва тинчлик стенокардиясида кулланилади. Ножуя таъсирлари: бош огриги, кунгил айнаши, аллергик реакциялар. Миокард инфарктида жагар зарарланишларида тавсия килинмайди. Шунингдек β -блаторлар билан бирга куллаш хам максадга мувофик эмас.

6-Маъруза: АРИТМИЯЛАРНИНГ КИЁСИЙ ТАШХИСИ. ДАВОЛАШ ВА ШОШИЛИНЧ ЁРДАМ.

Юрак ритми бузилишига шубха килинган бемор шикоятлари урганилаётганда УАВ куйидагиларни аниклаши лозим:

- ▶ беморда юракнотугри, тухтаб-тухтаб уриши, тусатдан тез уриб кетиши мавжудлигини;
- ▶ бу шикоятлар кайси белгилар (бош айланиши, юрак сохасида огрик,* хушдан кетиш хуружлари, мушакларда тиришипшар, куп микдорда рангсиз пешоб ажралиши ва бошкалар) билан бирга кечишини;
- ▶ унинг пайдо булишига (тинч холатда сабабсиз, жисмоний ёки рухий зурикиш, шамоллаш, сурункали касалликнинг кузгалиши, режали давони тухтатиб куйиш, дори воситаларини тартибсиз кабул килиш ва хоказо) ва утиб кетишига (харакатдан тухташ, синамалар утказиш, тинтчлантирувчи ёки антиаритмик воситаларни кабул килиш) олиб келувчи сабабларни;
- ▶ ритм бузилиши хуружлари сони ва давомийлигини.

2. Бемор анамнезидан аникланиши зарур:

- ▶ шикоятларнинг биринчи бор безовта килган вакга ва давомийлигини;
- ▶ биринчи бор шифокорга мурожаат килган вақтини;
- ▶ кабул килган даволаш чораларини (медикаментоз ва медикаментоз булмаган);

3. анамнезида (узида ёки якин кариндошларида) ритм бузилишига олиб келиши мумкин булган касалликлар (ЮИК, ревматизм, АГ, миокардит ва хоказолар) ва хавф омиллари (ёмон одатпар, кэхва ва аччик чойи куп истеъмол кшшш, сурункали рухий ва жисмоний зурикиш, захарланиш) мавжудлигини.

4. Объектив куригда эътибор бериш керак:

- ▶ бемор холати (кам харакат, мажбурий холатда булиши, кузгалувчан ва бошкалар);
- ▶ тери коплами (рангпар, кукарган, курук ёки нам);
- ▶ К^АБ ва пульси курсаткичлари;
- ▶ юрак сохаси куриги (юрак букриси, юрак чегаралари, юрак сохасида ва буйин томирларида пульсация);

- ▶ юрак ва йирик томирлар аускультацияси (юрак тонлари ҳолати, - функционал ёки органик шовкинлар);
- ▶ уткир ёки сурункали КДЕ белгилари мавжудлиги;
- ▶ бош мия, буйрак, жигар касаллигига хос белгилар,

5. Лаборатор ва асбобий текширишлар:

Лаборатор текшириш усуллари аритмияга олиб келган ҳолат ва касалликдан келиб чиққан ҳолда тавсия этилади. Аритмияни ташхислашнинг асосий асбобий текшириш усули **ЭКГ** ҳисобланади. 1[^]иска муддатли олинган ЭКГ ёрдамида транзитор ритм бузилишларини аниқлаш кийин. Бу ҳолатда **Холтерли мониторинг** ЭКГ усулидан (45-расм) фойдаланилади. Бунда кичик кучма монитор ёрдамида кун давомида юрак фаолияти ЭКГ лентасига тупшрилади ва кейин олинган натижалар таҳлил қилини.б, ҳулоса чиқарилади. Бу усул юрак ритми ва утказувчанлигининг бузилиш даражаси, сабаби, хавф омиллар таъсири, аритмияни жисмоний ёки рухий зуриқишга боғлиқлиги ва дори воситалари самарадорлигини аниқлашга ёрдам беради. Холтер мониторинг вақтида 32% беморларда авваллари оддий ЭКГ текшириш усули ёрдамида аниқланмаган қушимча ритм ва утказувчанлик бузилишларини қайд этиш мумкин. Узок вақт давомида утказилган ЭКГ теквдириш сунъий ритм бошқарувчиси фаолиятини баҳолашга ҳам ёрдам беради.

6. Жисмоний юклама билан утказиладиган синамалар (велоэргометрия)

- яширин ёки утиб кетувчи ритм бузилишларини аниқлашда фойдаланилади.

Бу текшириш усулига курсатма ва қарши курсатмалар «Кукрак кафасидаги оғриклар»га бағишланган маърузада ёритилган. Бундан ташқари ОП ва КВП шароитида аритмияларни аниқлашда бошқа, утказилиши содда ва арзон булган текшириш усуллари қулланилади. Буларга тредмилметрия, зинапоёли Мастер, микдорланган юриш синамалари қиради.

7. **Психоэмоционал синама** аритмияларни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга. ЭКГ ёрдамида назорат қилган ҳолда бу синама қулланилганда, ЮИК билан оғриган 30% беморларда ритм бузилишларини аниқлаш мумкин.

8. **Вагу ели синама** (Вальсальви ва синокаротид) ёрдамида аритмия характери, яъни функционал ва органик ритм бузилишларини (синусли брадикардия, СТ блокадаси, СТХС) аниқлаш мумкин.

Медикаментоз синама - айрим ритм бузилишларини (синусли брадикардия, СТ блокадаси, СТХС, WPW синдром) патогенези ва

45-расм. Холтер мониторинг

клиникасини аниқлаш учун атропин, аймалин ёки бошқа дори воситалари ёрдамида факат шифохона шароитида утказилади. Атропинли синамада тери остита 0,1% ли 1 мл. атропин юборгандан кейин 15-30 дақиқа утгач, ЭКГ олинади ва натижаси таҳлил қилинади.

Юкоридаги маълумотларга ҳамда клиник-лаборатор текширишлар ҳулосасига асосланган ҳолда, уз вақтида қуйилган ташхис тугри даволаш тамайилини танлашга ва бемор ҳаётини сақлаб қолишга ёрдам беради.

Аритмияларни даволаш

Аритмияларнинг клиник **аҳдмияти** турлича булиб, уни асосий баҳолаш мезонларидан бири тизимли ва регионар гемодинамиканинг бузилиш ҳолати. Ҳамда оғир асоратлар ривожланиш хавф даражаси ҳисобланади. Шунга асосланган ҳолда даволаш тамойиллари танланади ва олиб борилади. Қуйида аритмияларни даволаш чора-тадбирлари келтирилган:

I. МАСС синдроми ёки клиник улим ривожланган ҳолатларда реанимация чора-тадбирларини утказиш;

II. Аритмияни бартараф этишга қаратилган тезкор даволаш чоралар ёки вақтинчалик кардиостимулятор урнатиш:

1. аритмик шок ёки зшқа шиши ривожланганда;

2. яккол намоён булган тизимли ва регионар (церебрал ва коронар[^] кон айланишидинг бузилиши;

3. коринчалар фибрилляциясига олиб келувчи аритмиялар (МИ да коринчалар аритмияси ёки тахикардияси, уткир коронар етишмовчилиги, WPW синдромда хилпилловчи аритмия);

4. кайта пароксизмал тахикардияда, тахиаритмияларда мавжуд булган бартараф этиш тадбирлари ва механизмлари билан;

5. МЦу миокардит ва бошка касалликларда булмача-коринча утказувчанлигининг уткир бузилиши.

III. Фаол назорат остида режали даво чораларини олиб бориш ҳамда доимий электрокардиостимулятор урнатиш:

1. гемодинамик узгаришсиз биринчи бор пайдо булган ритм ва ка)эдиостймушггор шли бузилиши;

2. аритмия асосида асосий касаллик кечишининг ёмонлашиши, СКАЕ белгиларининг авжланиши;

3. аритмия ларнинг кайта пайдо булишининг олдини олиш (ушлаб турувчй ва кайталашга карши даво);

4. юкори ва паст тезликдаги юрак ритмини мувофиклаштириш.

Биринчи ва иккинчи гуруҳдаги холатлар зуцлик билан бартараф этилиши лозим.

Аритмиялар пайдо булганда беморни текшириб, ритм бузилишига олиб келган асосий касалликни эрта аниклаб, самараси исботланган даво чораларини олиб бориш бемор хаётини саклаб қолиш ва унинг сифатини яхшилашга ёрдам беради. Айрим холларда ритм бузилишларини даволашда хавф омилларини (чекиш, алкоголь, кахва, айрим дори воситалари кабул қилишни тухтатиш) бартараф этишнинг узи етарли булади. Шунингдек,, аритмияларни даволашда фармакологик, электрик, жаррохлик, физик (рефлектор) усуллар кулланилади. Фармакологик даволаш миокарддаги электрофизиологик жараёни мувозанатлантиришга йуналтирилган булиб, уларни тугри дозаларда курсатмаларга асосланган холда куллаш яхши самара беради. Акс холда ёмон окибатларга олиб келиши мумкин. Миокардни кискарувчанлик ва кузгалувчанлик хусусиятларини пасайтириб юбориши, янги ритм бузилишларини келтириб чикариши ҳамда бошка аъзоларга ноужа таъсир қилиши шулар жумласидандир. Куйидаги 2- жадвалда амалиётда кулланиладиган антиаритмик воситалар классификацияси келтирилган.

Хозирги вщтда арнтмияларни дориларсиз даволашнинг цатор усуллари мавжуд.

Катетерли деструкция. Юкори тулкинли импульс ёрдамида бузиш йули билан юрак утказувчи тизимининг айрим қисмларини узгартириш. Бу усул аста-секин жаррохдик йули билан даволашнинг урнини эгалламоқда.

Жаррохлик йули билан даволаш. Катетерли деструкция утказишнинг иложи булмаганда, айрим холларда Вольф-Паркинсон-Уайт синдромида жаррохлик усули билан кушимча йул кесилади. Шу билан бир каторда, коринчалар тахикардиясини жаррохлик йули билан даволаш усуллари ҳам мавжуд.

Санаб утилганлардан ташкари амалиётда антиаритмик хусусиятга эга булган бир катор дори воситалар ҳам мавжуд булиб, улар асосий даволашга ёрдамчи восита сифатида ёки факат маълум бир холатларда кулланилади.

Уларга куйидагилар киради: 1. Пуринаргик рецепторларни кузгатувчи воситалар: Аденозин (2,0 мл в/и) ва натрий аденозинфосфат (1% -1,0 мл) эндоген нуклеотит булиб, СТ автоматизмини сустлаштиради ва АВ тугунни рефрактерлик даврини узайтириб, импульсларнинг утишини секинлаштиради. У АВ дан чиккан реципрок пароксизмал ва WPW синдромда кузатиладиган суправентрикуляр тахикардияларда кулланилади. Калий препаратлари (калий хлорид 4%- 50 мл, панангин 10 мл) гипокалимия туфайли юзага келган барча суправентрикуляр ва коринчалар аритмиясида тавсия этилади. Юрак гликозидлари (дигоксин 0,25,0,5мг, 0,25% -1,0 мл, строфантин 0,05%- 1,0 мл) асосан CI^AE (II -IV FC) булмачалар хилпиллаши ва титраши билан бирга келганда, суправентрикуляр пароксизмал тахикардияларда тавсия этилади.

Аритмияга қарши дорилар классификацияси

Дори воситаси	Курсатма	Қарши курсатма	Ножвта таъсири
1-синф - тез натрий каналлари блокаторлари - натрийни *ужайра ичига киришини камайтиради ва кузгалиш тулкинини миокардни утказувчанлиги пасайган сохаларида ҳам ўлгишини сусайтириб, аритмиянинг олдини олади	-булмача ва коринчалар ЭС; - суправентрику-ляр пароксизмал тахикардия; - доимий ва пароксизмал булмачалар тит-раши ва дашиллаши; -WPW - синдромда пароксизмлар; - коринчаларнинг пароксизмал тахикардияси ва фибрилляцияси	АВ блокада II ва III даража, СТХС, гипотония, хомнладорлик, яккол намоён булган юрак етишмовчилиги, кардйоген шок, коринча ичи утказувчанлигининг пасайиши, I-гурух дори воситаларига сезувчанлик юкори булса	Ошкозон-ичак тизими фаолияти-нинг бузилиши, неврологик узгариш-лар, тромбоцитопения, ортостатик гипотония, миокард ни искарувчан-лигининг пасайиши, АВ ва коринча ичи утказувчанлигининг пасайиши, “пируэт” турдаги коринчалар тахикардияси, фибрилляцияси ва тусатдан улим
IA-синф - деполяризация ва реполяризация тезлигини секинлаштиради, таъсир потенциалини ва рефрактер даврни узайтиради. Бу гуруҳ, дорилари АВ ва коринча ичи утказувчанлик даврини секинлаштириб, re-entry механизмининг бартараф этади, икки томонлама блокада чакириш билан антиаритмик таъсири намоён булади. Шу билан бирга, улар СТ ва Пуркинъе толалари автоматизмининг сустлаштиради			
-хинидин сульфат таблеткада 0,1, 0,2, 0,3 г. (1 таб х 3 марта) капсулада 0,2,0,3 г, хамда узок таъсир килувчи таблетка 0,25 ва 0,3 г. -хинидин глюконат (хиноглют, дюра - табс)таб. 324 мг, эритмада 80 мг/мл	Суправентрикуляр пароксизмал тахикардия	Барча даражадаги АВ блокада, коринчалар ичи утказувчанлиги бузилиши, тромбоцитопения, гипотония, хомиладорлик, дигиталисли захарланиш, юрак * етишмовчилиги, хинидинга сезувчанлик юкори булса	Тизимли кизил волчанкага ухшаш синдромнинг ривожланиши, артериал гипотония, ошкозон-ичак тизими фаолиятининг бузилиши, АВ ва коринча ичи утказувчанлигининг бузилиши, агранулоцитоз, тромбоцитопения, гемолитик анемия

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Алексеева О.Л. Неотложная терапия в схемах и таблицах. Нижний Новгород, 2002.
2. Инкова А.Н. Неотложная кардиология: ЭКГ. Клиника, лечение. Ростов-на-Дону: Феникс, 2001.
3. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома - к

диагнозу и леченшо. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.

4. Кушаковский М.С., Журавлёва Н.Б. Аритмии и блокады. Ленинград: Медицина, 1983.

5. Мурашко В.В., Струтьшский А.В. Электрокардиография. Ярославль, 1997.

6. Огороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов, том-3, 6, 10. Москва: Медицинская литература, 1999.

7. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии. Москва: Медицина, 1989.

8. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином 2003.

9. Ричард М. Антиаритмические средства. Санкт Петербург: Невский диалект, 1999.

10. Русин В.В. Неотложная кардиология. Санкт Петербург: 2001.

11. Справочник по электрокардиографии (перевод с английского С.А.Повзуна). Санкт-Петербург: Питер, 2000.

12. Струтынский А.В. Электрокардиография: анализ и интерпретация. Москва: МедПресс-Информ, 2006.

13. Томов Л., Томов И.Л. Нарушения ритма сердца. София: Медицина и физкультура, 1976.

14. Фрида М.Й., Грайнс С. Руководство по кардиологии в таблицах и схемах. Москва: Практикум, 1996.

15. Хэмптон Дж. Атлас ЭКГ. Москва: Медицинская литература, 2007.

7-Мавзу: ЮРАК СОХАСИДАГИ ШОВКИНЛАР ВА УЛАРНИНГ КИЁСИЙ ТАШХИСИ. УАШ ТАКТИКАСИ

Юрак фаолияти сиетола ва диастоладан иборат булиб, овоз тулқинлари билан намоён булади. Уларни тахдил қилиш юрак кон-томир касалликларини ташхислашда муҳим аҳамиятга эга. Соғлом киши юраги аускуйъатиясида (эшитиб қурилганда) иккита тон эшитилади. Биринчи тон қоринчалар систоласининг (систолик) бонхланишига тугри келиб, унинг ҳосил булишида митрал (икки табакали) ва трикуспидал (уч табакали) қопқокчаларнинг қарсиллаб ёпилиши, аорта ва упка артерияси қопқокчаларининг очилиши ҳамда қоринча мушакларининг қисқариши иштирок этади. Иккинчи тон (диастолӣқ)

эса аорта ва упка артерияси қопқокчаларининг ёпилиши ва митрал ҳамда трикуспидал қопқокчаларнинг очилишидан ҳосил булади. Бу иккала тонлар бир-биридан қуйидаги белгилар билан фарқланади:

- биринчи тон иккинчисига нисбатан узокрок давом этади;

- биринчи тоннинг эшитилиши иккинчисига нисбатан пастрок;

- биринчи тоннинг ҳосил булиш вақти қуққи турткиси ва буйин артериясининг пульсацияси билан деярли тугри келади;

- биринчи тон юрак қуққисида, иккинчи тон эса унинг асосида баландро^ эшитилади; ,

- биринчи тондан кейин қиска систолик, иккинчи тондан кейин узокрок диастолик суқунат (пауза) кузатилади.

Юракни эшитиш унинг қопқокчалари топографик жойлашишидан келиб қикиб қуйидаги кетма-кетликда амалга оширилади:

1. юрак қуққиси (митрал қопқокчалари яхши эшитилади) чап томонда урта умров қизигидан 1-1,5 см. ичкарида V қовурга оралигида;

2. Боткин-Эрб нуқтаси (аорта қопқоклари яхши эшитилади) чап томонда туш олди қизигида IV қовурга оралигида;

3. аорта - унғ туш олди қизиги буйлаб II қовурга оралигида;

4. упка артерияси - чап туш олди қизиги буйлаб II-III қовурга оралигида;

5. трикуспидал қопқокчалар - ханжарсимон усма асосида;

6. юрак тусиклари ҳолати - туш суяги соҳасида IV қовурга оралигида.

Айрим соғлом болалар ва уемирларда юрак қуққиси ва асосида доимий булмаган учинчи тон эшитилиши мумкин. Одатда ёш катталашгандан сунғ у йуқолади.

Юрак тонлари мавжуд патологик жараёнга ҳос равишда суқайган, қуқайган, иққиланган, галоп, қарсиллаган булиши мумкин. Аускультация

(бемор юрагини эшитиб қуриш горизонтал, вертикал ва айрим ҳолларда маҳсус ҳолатларда амалга оширилади) нафакат юрак тонлари, балки ритмидаги

узгаришлар ва шовкинлар мавжуд булса, уларни аниклаш ҳамда баҳолашга ёрдам беради. Юрак шовкинларини аниклаш алоҳида ташхисий аҳамиятга эга булиб, уларнинг эшитилиши аксар ҳолларда беморда юрак нуксонлари мавжудлигини тасдиқловчи асосий белги ҳисобланади. Пайдо булиш вақтига қараб шовкинларни систолик ва диастолик, сунггисини эса пресистолик (систоладан олдин), мезодиастолик (диастола уртасида) ва протодиастолик (диастоладан кейин) турлари фарқланади.

Юқорида санаб утилган шовкинлар аксар ҳолларда юрак қопқокчаларидаги узгаришлар билан боғлиқ булиб, органик шовкинлар деб аталади. Органик шовкинлар мавжуд бўлган беморларда нуксон туридан қилиб қилиб, юрак чегараларининг узгариши кузатилади. УАВ ушбу узгаришларни КВП ва ОП шароитида ЭКГ ёки рентгенография ёрдамида аниклаши мумкин. Уларни аниклаш юракдаги шовкинларни клиник таҳлил қилиш ва тугри ҳулоса чиқариш учун муҳим аҳамиятга эга.

ФҲЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

- 1.Белоконь Н.А., Подзолков В.П. Врождённые пороки сердца. Москва: Медицина, 1991.
2. Наумов Л.Б., Гаевский Ю.Г., Бессонов А.М., Меркушев В.В. Распознавание болезней сердечно-сосудистой системы. Ташкент: Медицина, 1979.
3. Орлова Н.В., Парийская Т.В. Приобретённые пороки сердца у детей. Ленинград: Медицина, 1979.
4. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон, Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином 2003.
5. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Сердечнососудистая система. ОАО «Медицина», 2003.
- 6.Рябов С.И., Алмазов В.А., Шляхто Е.В. Внутренние болезни. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2001.
- 7.Справочник по электрокардиографии

(перевод с английского Повзуна С. А.). Санкт-Петербург: Питер, 2000.

8.Чазов Е.И. Руководство по кардиологии. Москва: Медицина» 1992, тома-2,

8-МЪРУЗА: **КАРДИОМЕГАЛИЯНИ**
КИЁСИЙ ТАШХИСИ. УАШ
ТАКТИКАСИ.

н
л
и
к
л
а
р
и
н
и

б
и
л
с
а
л
а
р
д
а

ф
а
қ
а
т
г
и
н
а

в
р
а

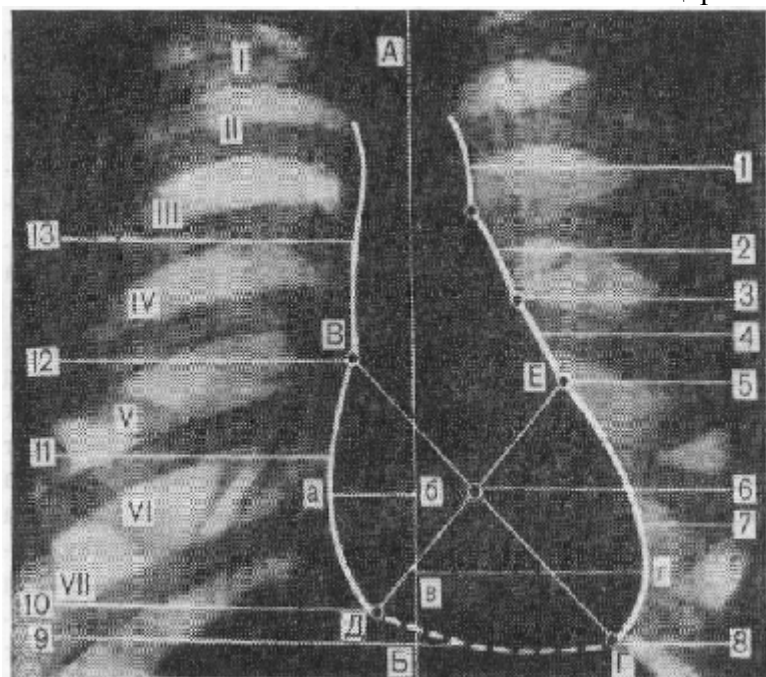
ч Гиппократ

н

и Юрак ўлчамларини меъёридан ортиқ
н кенгайишига кардиомегалия деб аталади
г ва унга унинг камераларидан бири ёки бир
нечтасининг кенгайиши, миокард
м гипертрофияси ёки инфильтрацияси,
а қоринчалар аневризмаси ва перикардда
ҳ суяқлик тўпланиши сабаб бўлади.
о Кардиомегалияга олиб келган сабаблар
р ҳамда унинг кечишини чуқур таҳлил
а қилиш учун УАВ юракни асосий анатомик
т тузилиши ва физиологик фаолиятини яхши
и билиши лозим. Юрак тўрт камерали аъзо
г бўлиб. чап ва ўнг бўлмача ҳамда
а қоринчалардан тузилган. У инсон ҳаёти
давомида насос механизми асосида

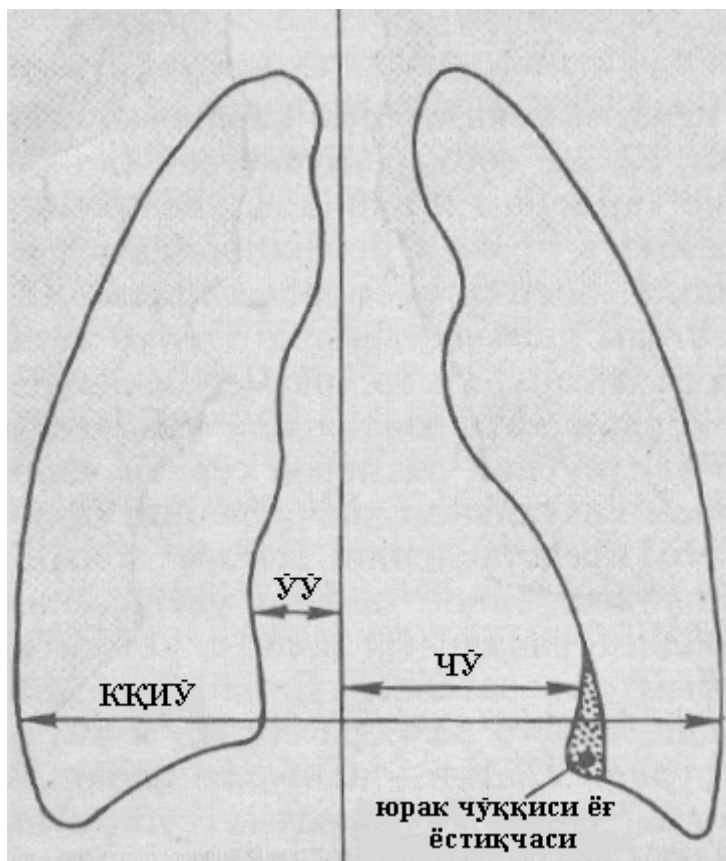
тўхтовсиз фаолият кўрсатади ва бир марта қисқарганда 60-75 мл (систолик ёки зарб хажми), бир дақиқада 4,5-5.0 литр, бир кеча-кундузда 100000 марта атрофида қисқариб 7.200 литр, бир йилда эса 2500000 литр қон отиб беради. Агар инсон ўртача 70 йил умр кўрса, шу вақт давомида юрак 2,5 миллиард марта қисқаради ва 175000000 литр қонни аортага ҳайдаб чиқаради. Унинг қисқариши натижасида қоннинг мунтазам равишда кичик ва катта қон айланиши доираларида айланиб юриши таъминланади.

Юрак олдинги кўкс оралиғини 1/3 қисмини эгаллаб, плевралар ҳамда диафрагмани тоғай қисми оралиғида жойлашган. Унинг шакли инсон ёши, жинси, конституционал тузилиши ва мавжуд патологик жараён билан узвий боғлиқдир. Тўғри проекцияда соғлом кишида юракни ўртача ўлчамлари: узунлиги (асосидан чўккига қадар) 10-15 см, кенлиги (асосида) 8-11 см, айланасининг энг катта жойи 28-30 см бўлиб оғирлиги катта ёшдагиларда 200-400 г атрофида. (1-расм).



1-расм. Юракнинг рентгенограмадаги нормал контури. АБ – ўрта чизик; ВГ – юрак ўқи проекцияси; ДЕ – юрак кўндаланг ўлчами проекцияси (асос – «юракнинг эни»); а-б – ўнг қоринчанинг энг катта ўлчами; в-г – чап қоринчанинг энг катта ўлчами; 1 – аорта ёйи контури; 2 – чап ўпка артерияси ўзинининг контури; 3 – чап бўлмачанинг юқори нуктаси; 4 – чап бўлмача контури; 5 – чап қоринчанинг юқори нуктаси; 6 – қоринчалар асосининг ўрта нуктаси; 7 – чап қоринча контури; 8 – юрак чўккиси; 9 – юракнинг пастки чегараси; 10 – ўнг қоринчанинг юқори нуктаси; 11 – ўнг бўлмача контури; 12 – ўнг бўлмачанинг юқори нуктаси; 13 – юқори кавак вена контурлари;

Юрак перикард (унинг висцерал варағи эпикард деб аталади), миокард ҳамда эндокард қатламлардан иборат бўлиб, мушак қавати унинг асосий қисмини ташкил этади. Бўлмачаларда унинг ўртача калинлиги 2-3 мм, ўнг қоринчада 3-6 мм, чап қоринчада эса 10-12 мм га тенг. Юқорида таъкидлаганимиздек, турли жараёнлар таъсирида (кўпроқ патологик) юрак ўлчамлари (асосан миокард ҳисобига) катталашishi ва кенгайishi (кардиомегалияга учраши) мумкин. Уни ташхислашда кардиоторакал индексини (2-расм) аниқлаш амалий аҳамиятга эга. Шунинг учун кардиомегалияга шубҳа туғилганда, УАВ беморларда кўкрак қафаси рентгенографиясини ўтказиб ушбу кўрсаткични аниқлашлари лозим.



2-расм. Кардиоторакал индекс (КТ). КТ индекс юрак кўндаланг ўлчамини ($\text{ЎЎ} + \text{ЧЎ}$) (юрак чўққиси ёғ ёстиқчаси бундан мустасно) кўкрак қафаси ички ўлчамига (КҚИЎ) бўлганда чиққан сонга тенг: $\text{КТ индекс} = (\text{ЎЎ} + \text{ЧЎ}) : \text{КҚИЎ}$, бу ерда ЎЎ – ўрта чизикдан юрак ўнг чегараси қабашиб чиққан жойга қадар, ЧЎ – ўрта чизикдан юрак чап чегарасининг қабашиб чиққан жойига қадар.

Ушбу синдромга олиб келган сабаб оқибатида беморларда юракнинг айрим қисмлари, кейинроқ эса тотал (баъзан бошланғич даврдан тотал) кардиомегалия кузатилади.

Кардиомегалиянинг ҳақиқий, физиологик ва ёлғон турлари фарқланади. Унга олиб келувчи асосий касалликлар 1-чизмада келтирилган.

УАВ кардиомегалия борлигига шубҳа қилганда, беморга куйидаги саволларни бериши лозим. Улардан биринчи саккизтаси кардиомегалия сабабини аниқлашга, қолган олтитаси эса юрак қон-

томир тизимининг функционал ҳолатини баҳолашга ёрдам беради:

1. Илгари сизнинг юрагингизда шовқинлар борлиги аниқланганми ёки ревматизм ташҳиси қўйилганми?

2. Сизда қон босими кўтарилиши ҳолатлари бўлганми?

3. Спиртли ичимликлар истеъмол қиласизми ва қанча миқдорда?

4. Сиз яқин ўтмишда ўпкангизга асорат берган вирусли инфекция ёки грипп билан касалландингизми?

5. Яқинда ҳомиладор бўлдингизми (ёш аёлларда кардиомегалия аниқланганда, уларни яқинда ҳомиладор бўлганлиги хусусан тез чарчаш ёки унинг учинчи триместрида ва туғруқдан кейин хансирашнинг пайдо бўлиши муҳим аҳамиятга эга. Чунки ушбу даврда аниқланмаган кардиомегалия зўрайиши мумкин)?

6. Ўзингизда ёки яқин қариндошларингиздан бирортасида ҚД касаллиги борми?

7. Сизда юрак хуружлари ёки кўкрак қафасида оғриқлар бўлганми?

8. Сиз ҳозир ва яқин ўтмишда қандай дорилар қабул қилмоқдасиз ва қилгансиз?

9. Тез чарчайсизми?

10. Охирги вақтда жисмоний иш бажариш сиз учун қийинчилик туғдирмайдими?

11. Жисмоний зўриқиш вақтида ва ундан сўнг ҳаво етишмаслик ҳиссини сезасизми?

12. Ўтирган, турган ёки ётган ҳолда нафас олиш сиз учун оғир эмасми?

13. Тунлари сизда йўтал ёки хириллаб нафас олиш ҳоллари кузатиладими?

14. Оёқларингизнинг пастки қисмида кўпроқ куннинг охирида шишлар пайдо бўлганини аниқлаганмисиз?

Бемор шикоятлари ва анамнезини таҳлил қилиш билан бир қаторда, уни келтириб чиқарган сабабидан қатъий назар, ҳақиқий кардиомегалияга хос куйидаги белгиларни шифокор яхши билиши лозим:

- юрак чегаралари кенгайган ва тонлари бўғиқ ёки бўғиқлашган;
- юрак чўққисида I ва II тон сусайган;

- протодиастолик ёки пресистолик галоп ритми;
- митрал ва трикуспидал қопқоқчаларнинг нисбий етишмовчилиги (регургитация шовқинлари);
- функционал митрал стеноз ёки ўпка артериясининг нисбий етишмовчилиги натижасида юзага келган диастолик (Флинт ва Грекхем-Стил) шовқинлари;
- юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилиши;

Кардиомегалияни аниқлаш ва юракдаги анатомик ҳамда физиологик ўзгаришларни баҳолашда ЭхоКГ (шу жумладан, икки ўлчамли доплерография) текшириш усули муҳим аҳамиятга эга. Шунинг учун кардиомегалияга чалинган барча беморлар ушбу текширувдан ўтишлари лозим.

Юқорида санаб ўтилган умумий белгилар билан бир қаторда, беморда кардиомегалияга олиб келган касалликка хос бўлган қатор белгилар кузатилади (шу жумладан, физиологик ва псевдокардиомегалияларда). Қуйида биз уларга қисқача тўхталиб ўтамиз.

Физиологик ва ёлғон кардиомегалиялар

Физиологик кардиомегалиялар ҳомиладорлик даврида организмда айланиб юрган қон ва юрак қон отиб бериш ҳажмининг ошиши оқибатида юзага келади. Ҳомиладорликнинг сўнгги муддатларида унга сабаб диафрагманинг юқори туриши ҳисобланади.

Спортсменларда қоринчалар сўнгги диастолик ўлчами ошиши, унинг физиологик гипертрофияси ёки ўлчамларининг катталашishi, зарб ҳажмининг ошиши ва брадикардия физиологик кардиомегалияга олиб келади. Кўпроқ узоқ масофага югурувчилар, сузувчилар, альпинистлар ва лижада учувчиларда кузатилиб, юрак камераларининг меъёрнинг юқори чегарасидан ошмайдиган даражадаги дилатацияси ва гипертрофияси кузатилади. Лекин юрак мушакларининг керагидан ортиқ таранглашиши спортсменларда ҳам унинг дистрофиясига

ва патологик жараёнлар ривожланишига олиб келиши мумкин. Бунда жараён аста-секин кучайиб ва юрак камералари кенгайиши давом этади. Илк даврларда спортсменларга хос бўлган брадикардия ва паст ҚБ сақланиб қолса ҳам, кейинроқ касалликнинг кечиши (сўнгги ҳолда физиологик эмас, балки патологик кардиомегалия тўғрисида сўз боради) беморни ўзини қандай тутишига боғлиқ. Тегишли чоралар кўрилмаса, бемор аҳволи ёмонлашиб СЮЕ ривожланади ва турли ритм ҳамда ўтказувчанлик бузилишлари кузатилади. ЭКГда синусли брадикардия, Р тишчалари амплитудаси пасайиши, чап кўкрак тармоқларида QRS комплекси ва Т тишчаси амплитудаси кўтарилиши, III, AVF тармоқларда манфий Т, кўкрак тармоқларида S-T сегментининг бироз ўрта чизикдан пастга тушиши каби ўзгаришлар ҳам аниқланиши мумкин. ЭхоКГ спортсменларда ҳам кардиомегалияни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга. Даволаш чора-тадбирлари ривожланган СЮЕ га қаратилган бўлиши ҳамда спортсмен аста-секин оғир юкламалардан озод қилиниши лозим.

Ёлғон кардиомегалиялар

Экссудатли перикардит - ушбу касалликда перикард бўшлиғида суюқлик тўпланганлиги сабабли, юрак чегаралари катталашади. Айрим ҳолатларда (суюқлик кўп бўлганда) кўкрак қафасининг юрак олди соҳаси туртиб чиқиб, қовурғалар оралиғи текислашади. Чўққи турткиси сусайиб, ўрта ўмров чизигидан 3-4 қовурға оралиғига силжиганлиги аниқланади. Бемор чалқанча ётганда, юрак чўққи турткиси баъзан умуман аниқламайди. Перкуссияда юрак усти тўмтоқлиги ҳар иккала томонга кенгайди, нисбий тўмтоқлик соҳаси қисқаради, баъзан эса умуман йўқолади. Аускультацияда юрак тонлари бирмунча бўғиқлашиши аниқланса ҳам, у кўпроқ миоген дилатация билан боғлиқ бўлиши мумкин. Баъзан (айниқса бошни орқага қилганда) чуқур нафас олганда, перикард ишқаланиш шовқини эшитилади ва жарангдорлиги тана ҳолатига боғлиқ ҳолда ўзгаради. Мабодо катталашган юрак қизилўнғачни сиқиб қўйса, дисфагия, трахеяга,

диафрагмага ва адашган ҳамда орқага қайтувчи нервларга рефлектор таъсир этса, куруқ йўтал, афония, ҳикичок, кўнгил айнаш, қайт қилиш белгилари пайдо бўлишига сабаб бўлади. Перикардитни келтириб чиқарган (сил, уремия, бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари, ўсмалар, микседема) касалликка хос бўлган бошқа белгилар ҳам беморда кузатилиши мумкин. Айрим ҳолларда перикард бўшлиғида суюқлик йиғилиши жадал кўпайиб тампонадага олиб келади.

ЭКГда унинг тишчалари вольтажининг пасайиши қайд этилади. ЭхоКГ экссудатли перикардитни ташхислашда муҳим аҳамиятга эга бўлса ҳам, суюқлик характери аниқлашда перикардни пункция қилиш лозим. Гидроперикардитда суюқликнинг нисбий зичлиги 18 дан, оксил 3% дан кам ва риволт синамасы манфий бўлади. Суюқлик йиғилишига микседема сабаб бўлган ҳолларда у сариқ лимон рангида бўлиб, шиллиқли хусусиятга эга, аммо оксил 3% дан кўп бўлиши мумкин. Экссудатли перикардитни даволаш уни келтириб чиқарган асосий касалликка қаратилган бўлиши керак. Суюқликнинг кўп йиғилиши пункция қилиб олиб ташлашга кўрсатма ҳисобланади.

ОРТТИРИЛГАН ЮРАК ПОРОКЛАРИ **МИТРАЛ ЮРАК ПОРОКЛАРИ**

Митрал стеноздаги анатомик ўзгаришлар биринчи марта Вьессен (1715), митрал етишмовчиликда эса Сенак (1749) томонидан тасвирланган. Митрал клапан пороклари рус ва совет олимлари томонидан бирмунча батафсил ўрганилган. Митрал пороклар ҳам алоҳида, ҳам бошқа орттирилган ҳамда туғма юрак пороклари билан биргаликда учрайди.

Клиник маълумотлар ва назарий билимларни анализ қилиш асосида студент қуйидагиларни билиши керак:

1) митрал клапан пороги турини—клапан етишмовчилиги ёки митрал тешик торайиши ёки уларнинг бирга учраши ёки

унинг бошқа юрак пороклари билан бирга учрашини аниқлаш;

2) асосий жараёни (ревматизм, атеросклероз, бактериал эндокардитлар ва ҳ. к.), унинг характери, кечишини (актив ревматик жараён ва ҳ. к.) аниқлаш;

3) беморни текширишнинг асосланган планини тузиш;

4) қуйидагилар асосида узил-кесил диагноз қўйиш ва таърифлаш:

— у ёки бу порок турининг (стеноз ёки етишмовчилик) диагностик мезонларини билиш;

— органик шовқинларни функционал келиб чиққан шундай шовқинлар билан дифференциация қилишни билиш;

— бошқа орттирилган, шунингдек туғма юрак пороклари билан дифференциация қилишни билиш;

— юрак ичи гемодинамикаси бузилишлари патогенезини билиш;

— ўпка гипертензияси юзага чиққанлиги даражасини билиш;

— порокнинг юзага чиққанлиги даражасини (оз, ўртача, кескин даражада) билиш;

— кон айланиши етишмовчилиги бсқичини билиш (Н. Д. Стражеско, В. Х. Василенко классификацияси бўйича);

5) даволаш тадбирлари планини тузиш.

ИККИ ТАВАҚАЛИ (МИТРАЛ) КЛАПАН ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Митрал клапан етишмовчилиги юрак пороги бор беморларнинг 70 фоиздан кўпроғида ҳам алоҳида (соф) кўринишда, ҳам (аксарият) митрал стеноз билан бирга (митрал порок) ёки бошқа клапанлар ва тешиклар (аксарият аортал) пороклари билан бирга учрайди. Аутопсия маълумотлари бўйича митрал клапаннинг алоҳида кўринишдаги етишмовчилиги ҳамма юрак порокларининг атиги 2 фоизини (Рибкин И. Н., 1969) ва ҳамма митрал порокларнинг 5,5 фоизини ташкил қилган (Baileu, 1955).

Пайдо бўлиш механизмига кўра митрал клапан етишмовчилиги уч турга: функционал (мушак), нисбий, органик турларга бўлинади.

Митрал клапаннинг функционал етишмовчилиги дистрофик ўзгаришлар натижаси сифатида мушак аппарати

функциясининг бузилишлари (мушак етишмовчилиги) оқибатида ривожланади.

Митрал клапаннинг нисбий етишмовчилиги чап қоринча бўшлиғи кенгайиши, чап атриовентрикуляр тешик фиброз ҳалқасининг ва доира мушакларининг чўзилиши натижасида ривожланади, бунинг оқибатида анатомик жиҳатдан ўзгармаган клапан (чап қоринча систоласи вақтида) митрал тешикни ёпа олмайди: гипертония касаллиги, симптоматик гипертензиялар, аорта коарктацияси, аортал пороклар, диффуз миокардит, атеросклеротик кардиосклероз ва б.;

Мазкур бўлимда митрал порокнинг органик зарарланиши (органик етишмовчилиги), яъни унинг анатомик нуқсони— клапан аппаратининг деформацияси, бужмайиши ва бошқа органик ўзгаришлари (доира мушаклар, пай иплари, трабекуляр мушаклар ва ҳ. к.) тўғрисида маълумотлар баён қилинади.

Этиологияси. Бу порок ривожланишига қуйидагилар:

— ревматизм (асосан эндокард зарарланиши билан ўтадиган ревмокардит — клапан тавақалари, трабекуляр мушаклар ва пай ипларининг полипоз-ярали, сўгалсимон склерози, фибрози ва дефор-мацияси) — 75 фоиздан ортиқ ҳолларда;

— сурункали (ўртача ўткир) септик эндокардит, ўткир септик эндокардит, этиологияси ҳар хил эндокардитлар;

— атеросклероз, кардиосклероз (атеросклерознинг III босқичида икки тавақали клапан бужмайиши, деформацияси);

— кўкрак қафаси шикастланиши клапан аппарати зарарланиши билан;

— клапаннинг (унинг эндокардининг) захмли зарарланиши;

— клапаннинг катта коллагенозларда зарарланиши муҳим роль ўйнайди.

Клиникаси.

I. Субъектив маълумотлар

касалликнинг босқичига боғлиқ:

— порок компенсацияси даврида беморлар шикоят қилмайдилар;

— жисмоний ҳаракатда ёки тинч турганда юрак уриши;

— нафас қисиши, ўпка гипертензияси ривожланганда ҳаво етишмаслиги (бўғилиш) сезгиси;

— юрак соҳасида ёқимсиз сезгилар ёки оғриқлар;

— йўтал (қуруқ ёки балғам билан).

Бу шикоятлар аввало юрак етишмовчилиги кўшилиши билан боғлиқ, қон айланиши етишмовчилигининг бошқа кўринишлари кузатилиши ҳам мумкин (шишлар, жигар катталашуви, ўнг қовурғалар остида симиллаган, санчикли, босадиган оғриқлар — глиссон капсуласи чўзилишидан); умумий характердаги ва касаллик сабабига алоқадор шикоятлар (ревмокардит, септик эндокардитлар ва б.).

II. Субъектив маълумотлар анализи (бемор шикоятлари, касаллик анамнези ва б.).

III. Объектив маълумотлар. Улар қуйидагиларга боғлиқ:

— асосий касаллик клиник кўринишларининг юзага чиққанлигига (яъни порок сабабига);

— мазкур порок турининг юзага чиққанлик даражасига (етишмовчилиги, стенози ёки уларнинг бирга учраши);

— порокнинг ривожланиш босқичига;

— порок кечишини қийинлаштирадиган бошқа сабабларга (асосий касалликнинг тез-тез кўзиб туриши, кўшилиб келган касалликлар, асоратлар ва ҳ. к.).

1. Кўздан кечириш:

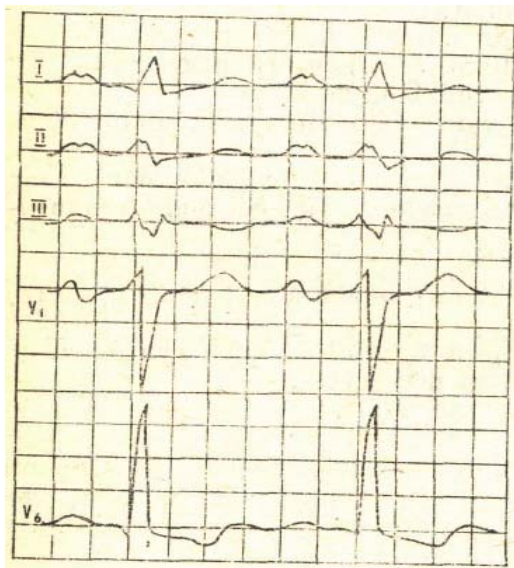
— порок компенсацияси даврида беморнинг ташки (умумий) кўриниши ҳам, юрак соҳаси ҳам ўзгармаган;

— порок декомпенсацияси даврида — аввалига лабларда енгил цианоз, бўйин веналарининг оз-моз бўртиб чиқиши, юрак учидаги туртки кучайган ва бир оз чапга силжиган, кейинчалик — акроцианоз, юрак учидаги туртки аниқ кўриниб туради ва билинарли чапга (кучайган ва туташ) силжиган (агар порок болаликдан бўлса, камдан-кам юрак соҳасининг бўртиб чиққанлиги кўриниб туради).

2. Пальпация:

— болаларда ва катта ёшдаги ориқ одамларда компенсация даврида бирмунча кучайган ва оз-моз чапга

силжиган юрак учи турткиси осонликча пайпаслаб кўрилади;
— декомпенсация даврида митрал



етишмовчиликнинг юзага чиққанлик даражасига кўра бешинчи-еттинчи қовурғалар орасида кучайган юқорига кўтариладиган юрак учи турткиси, тўш суягидан чапда (чап қоринчанинг кескин гипертрофияси белгиси) ёки иккинчи-тўртинчи қовурғалар орасида (ўнг қоринча гипертрофияси ва ўпка артерияси равоғи кенгайиши), камроқ— тўш суягидан ўнг томонда (чап бўлманинг кескин гипертрофияси) пульсация аниқланади;

— жуда камдан-кам ҳолларда юзага чиққан ўпка гипертензиясида юрак учиди систолик титраш (чап бўлманинг кескин кенгайиши) ва эпигастрал соҳада пульсация (дилатацияланган ва гипертрофияланган ўнг қоринчанинг жадал қисқариши ҳисобига) ушлаб кўрилади.

3. Перкуссия:

— порок компенсацияси даврида юрак чегаралари билинарли ўзгармаган, гарчи оз-моз чапга силжиш бўлсада, перкутор уларни пайқаш қийин;

— порок декомпенсацияси даврида юрак нисбий тўмтоқлиги чегаралари пайдар-пай аввалига чапга (чап қоринча дилатацияси ва ва гипертрофияси ҳисобига), сўнгра юқорига (чап бўлма дилатацияси ва гипертрофияси ҳисобига) силжийди;

IV. Лаборатория, инструментал ва бошқа қўшимча текшириш методлари маълумотлари:

— асосий касалликка ва порокнинг шу турига боғлиқ қон, сийдик анализи, биохимиявий ва иммунологик текшириш кўрсаткичлари;

— рентгенограммада — чап бўлма ва чап қоринча (кейин ўнг қоринчанинг ҳам) катталашуви, юрак белининг текислашганлиги — «митрал» кўриниш, ретрокардиал бўшлиқнинг торайиши ва б.;

— ЭКГ да — электр ўқининг чапга оғиши, Р тишча амплитудаси кўпайиши, кенгайиши, баъза I ва II усулларда Р тишчасининг иккига бўлиниши («P-mitrale»), S—Т интервалининг пастга силжи-ши, Т тишчаси ўзгариши (пасайиши, текисланиши, манфий)

Митрал
клапанд
а
етишмо
вчилиги
бўлган
бемор
электрокардиограммаси (ЭКГ).
Иккала бўлма гипертрофияси: Р тишча энлик, I ва II стандарта усулларда иккига бўлинган, R_{VI}, тишча икки фазада, манфий

й
фазаси
каттал
ашган.
Чап
коринч
а
гиперт
рофияс
и: R_I -
 S_{III}
 P_{VI}
бала
нд
тиш
ча,
 S_{II}
чук
ур
тиш
ча,
 R_{V5-6}
амп
литу
даси
кўпа
йиш
и.

— ФКГ да I тон кичикроқ паст амплитудали тебранишлар кўринишида гайд қилинади, систолик шовқин ва б.;

— ритм бузилганда эхокардиограмма, электрокимограмма, кардионометрия, векторкардиограмма, апекскардиограмма, сфигмограмма кўрсаткичлари ва б.

(МИТРАЛ СТЕНОЗ)

Чап атриовентрикуляр оғиз стенози «соф» ҳолда ҳам, бошқа юрак пороклари билан (аксарият митрал клапан етишмовчилиги билан) биргаликда ҳам учрайди. Хальхабернинг тахминий ҳисоб-китобларига қараганда (Василенко В. Х., 1983) 100 000 нафаркишига 500—800 митрал стенози бор беморлар тўғри келади. И. Н. Рибкин (1959) маълумотларига биноан «митрал» тешикнинг «соф» стенози ҳамма секцияларнинг 0,5 фоизда қайд қилинади. Бу тешикнинг орттирилган стенози деярли ҳамавакт ревматик этиологияли бўлади. Соф стеноз деган

ном олган касаллик кўпроқ (75—84%) аёлларда учрайди, у асосан 15—40 ёшларда диагностика қилинади. 60 фоиздан кўпроқ ҳолларда керакли анамнез «йўқлиги» (айниқса аёллар ўртасида) қайд қилинади, бу ревмокардитнинг лалент кечишидир. Кардиохирургларнинг маълумотларига кўра «соф» стеноз бирга учрайдиган митрал юрак пороклари сабабли операция қилинган беморларнинг 44,6 (Куприянов П. А., 1960) — 65,6 фоизда (Baile, 1955) аниқланган.

Клиникаси.

I. *Субъектив маълумотлар.* Шикоятлари:

— жисмоний ҳаракатда, тинч турганда юрак уриши;

— юришда, тинч турганда нафас қисиши;

— айнақса тунлари, бемор горизонтал ҳолатда ётганда кучаядиган ўткир ҳаво етишмаслиги (бўғилиш) сезгиси;

— юрак соҳасида оғриқ (ревматик коронарит, нерв-рефлектор келиб чикадиган, катталашган чап бўлманинг тож артериясига таъсири);

— балғам ажраладиган йўтал, қон туфлаш;

— юрак декомпенсацияси, асосий жараён, тромбоэмболик асоратлар билан боғлиқ шикоятлар.

Юрак-томирлар системаси:

— юрак «букрилиги» (порок ёшлиқдан шакланганда);

— диастолик (пресистолик) титраш ёки «мушук хуриллаши»;

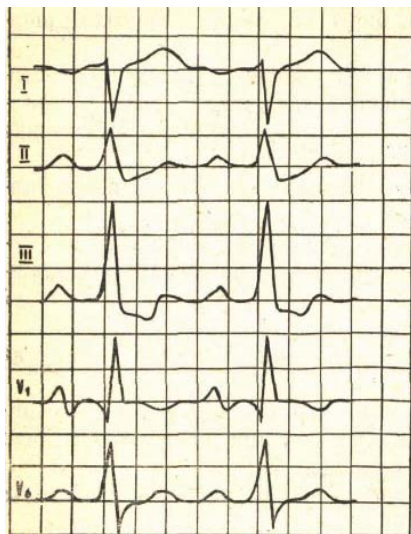
— юрак чегарасининг чап бўлма ҳисобига юқорига ва ўнг қоринча, сўнгра ўнг бўлма ҳисобига ўнгга кенгайиши;

— юрак учида I тон кучайган, қаттиқ, қарсиллайдиган;

— ўпка артериясида II тон акценти (кичик дон айланиш доирасида гипертензия белгиси, ўнг қоринча етишмовчилиги қўшилганда акцент йўқолади ёки сусаяди);

— ўпка артериясида II тоннинг иккига бўлиниши ёки ажралиши кузатилади, уч ҳадли ритм — «бедана ритми» пайдо бўлади;

— юрак учида митрал клапан очилишининг қўшимча тони, у қалинлашган клапаннинг очилиш вақтида тўсатдан таранглашувига боғлиқ; у II тондан кейин намоён бўлади;



— юрак қисқаришлари ритми (мароми) бузилиши (аксарият титроқ аритмия, экстрасистолия ва юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилишининг бошқа белгилари);

— юрак учида диастолик — протодиастолик, мезадиастолик ёки пресистолик (ўтмайдиган) шовқин (қон чап бўлмадан ўтаётганда уюрма ҳаракатлар товуши) чап қоринча диастоласи вақтида бемор чап ёнбоши билан ётганда яхши эшитилади; мазкур порок митрал клапан етшпмовчилиги билан бирга келганда — систолик шовқин ҳам эшитилади;

— баъзан ўпка артерияси тепасида юмшоқ (пуфловчи) диастолик шовқин — Грехем—Стилл шовқини эшитилади (ўпка артерияси клапанларининг ифодаланган ўпка гипертензияси натижасида пайдо бўладиган нисбий етишмовчилиги белгиси).

IV. Лаборатория, инструментал ва бошқа махсус текшириш методлари маълумотлари:

— периферик қон кўрсаткичларининг ўзгариши, касаллик этиологиясига кўра биохимиявий ва иммунологик реакциялар кўрсаткичлари ўзгариши (ревмокардит, атеросклероз ва б.);

— рентгенологик текширишлар — митрал конфигурация — юрак «белининг текислашганлиги», юрак контурлари ўнгга силжиган, ўпка тасвирининг кучайиши;

— ЭКГ да — I ва II стандарт усулларда Р тишчаларнинг кенгайиши ва парчаланиши, электр ўқининг ўнгга оғиши, юрак ритми ва ўзгарувчанлигининг белгилари кўринади (2-расм);

— ФКГ да — I тоннинг юқори тебранишлари, I тон билан қўшилиб кетган пресистолик шовқин, ўтказувчанликнинг бузилиши, бўлмаларнинг титраши;

— эхокардиограмма, векторкардиограмма, апекскардиограмма, флебограмма, сфигмограмма, электрокимограмма, эзофагокардиограмма, кардиоманометрия кўрсаткичларининг тегишли ўзгариш-лари.

Чап
атриове
нтрику
ляр
тешик
стеноз
и
бўлган
бемор
электр
о-
кардио
граммас
и
(ЭКГ).
Чап
бўлма
гиперт
рофия
сининг
аник
белгил
ари:
Р_{I-II}
тишча
нинг
0,12"
гачаке
нгайи

ши,
 P_{VI} икк
и
фазали
тишча.
Ўнг
корин
ча
гиперт
рофия
си
белгил
ари:
 R_{III} бал
анд
тишча,
 S_I
чукур
тишча.
 R_{VI}
балан
д
тишч
а,
 S_{V5-6}
чукур
тишч
а.

Клиник инструментал маълумотлар асосида Н. М. Мухарямов муаллифдошлари билан (1978) митрал стеноз юзага чиқишининг уч даражасини фарқ қиладилар:

- кам юзага чиккан стеноз (I);
- ўртача юзага чикқан стеноз (II);
- кескин юзага чикқан стеноз (III).

Диагностикаси. Яққол симптоматикали типик ҳолларида (юрак ўлчамлари, I тон ўзгариши, юрак учида систолик ёки диастолик шовқин, «митрал қиёфа», юракнинг митрал конфигурацияси) митрал порокларни диагностика қилиш қийинчилик туғдирмайди. Бунда анамнез, ЭКГ, ФКГ маълумотлари ва бошқа клиник инструментал маълумотларни ҳисобга олиш, юрак шовқинларини дифференциация қила билиш (эшитиш нукталари ва уларнинг ўтказувчанлиги) керак.

Митрал порокларни тугма пороклар, аорта огзи стенози, аортал клапан етишмовчилиги, аортал порокдаги митрализация, трикуспидал пороклар (стеноз ва етишмовчилик), ўпка артерияси пороклари, икки тавақали клапаннинг нисбий етишмовчилиги билан дифференциация қилиш зарур (юрак учида функционал систолик шовқин миокардитларда, миокардиодистрофияда, этиологияси ҳар хил «гипертензияларда» эшитилади; у доимий эмас, бошқа нукталарга ўтмайди, вертикал вазиятда, жисмоний ҳаракат вақтида йўқолади).

Ҳамма тугма, шунингдек орттирилган порокларда шовқин (систолик, диастолик) патогномик симптомлигини қайд қилиб ўтиш лозим; унинг қаерда, қайси нуктада эшитилишининг аҳамияти бор. Бу маълумотлар асосида юрак порокларини дифференциация қилиш мумкин, баъзан шовқинларни динамикасида эшитишнинг ҳам аҳамияти кам эмас (масалан, актив ревматик жараён, ифодаланган кардитда шовқинлар сустлашади, даволаш жараёнида ёки унинг охирида дағал, ўтказувчан бўлиб қолади).

АОРТАЛ ЮРАК ПОРОКЛАРИ

Аортал пороклар орттирилган юрак пороклари орасида иккинчи ўринни эгаллайди ва кўпчилик ҳолларда ревматик этиологияли бўлади. Улар алоҳида ёки қўшилиб келган (тенг ярим ҳолларда митрал пороклар билан) бўлиши мумкин. Аортал порок аксарият митрал порокдан кейин ревматик жараённинг тез-тез қайталаниб туриши натижасида шаклланади. Алоҳида аортал пороклар кўпинча эркакларда учрайди.

Клиник маълумотлар ва назарий билимларга асосланиб, студент куйидагиларни билиши:

- 1) юрак пороги жойлашган жойни ва порок турини аниқлаши;
- 2) асосий жараён ва унинг характерини (яллиғли, дистрофик, склеротик ва ҳ. к.) аниқлаши;
- 3) беморни текширишнинг тегишли планини тузиши;

4) куйидагилар асосида узил-кесил диагнозни таърифлаши:

— асосий симптомлар, аускультатив маълумотлар ва мазкур порокнинг бошқа диагностик мезонларини билиши;

— аортал порокларни бир-бири билан, митрал, трикуспидал, шунингдек тугма пороклар билан дифференциация қилишни билиши;

— юрак ичи гемодинамикаси бузилишлари, компенсация ва декомпенсация босқичларини билиши;

— касаллик прогнозини аниқлай олиши, эҳтимол тутилган асоратлар, кўшилиб келган касалликларни аниқлаши.

— касаллик этиологиясини, юрак етишмовчилиги босқичлари ва тури, асоратларини ҳисобга олган ҳолда даволаш тадбирлари планини тузиши керак.

АОРТА КЛАПАНЛАРИ ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Аорта клапанлари етишмовчилигини биринчи марта Вьессен 1715 йилда тасвирлаган, сўнгра уни Хожсон (1815), Корриган (1832), Дюразье (1861), С. П. Боткин ва бошқалар ўрганишган. Катор муаллифларнинг фикрича, порокнинг бу тури аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ учрайди. Б. А. Черногоубов бўйича (1950)—10 марта, А. С. Берлянд бўйича (1948)—3,6 марта, С. А. Колесников ва Г. Т. Голиков бўйича (1967) — 8 марта кўп учрайди.

Аортал клапаннинг нисбий ва органик етишмовчилиги фарқ қилинади: нисбий етишмовчилик одатда аортанинг юқорига кўтариладиган кисми кенгайганда ривожланади, бу давомли гипертензияда, аорта атеросклерозида, қатламланадиган аорта аневризмасида, ҳар хил этиологияли аортитларда бўлади; органик (ҳақиқий, клапан) етишмовчилик ҳамма пороклар орасида 14% ни, аксарият аорта оғзи стенози билан бирга учраганда 50—60% ни ташкил қилади (Маколкин В. И., 1986).

Этиологияси. Аорта клапанлари етишмовчилиги ривожланишида куйидагилар муҳим роль ўйнайди:

— ревматик эндокардит (полипоз-яралли, сўгалсимон) — қарийб 80% ҳолларда;

— септик эндокардитлар (аксари ўртача ўткир);

— захм (захм эндокардити, мезаортит, гуммоз-склеротик жараён);

— атеросклероз, аортал клапанларнинг атеросклеротик бужмайиши (жараённинг ПБосқичида ривожланади);

— қатламланадиган аорта аневризмаси;

— кўкрак қафаси шикасти (клапан узилиши билан);

— клапаннинг туғма етишмовчилиги (тўрсимон, дарчасимон ёки икки тавақали аорта клапани ва унинг туғма аномалиясининг бошқа турлари);

— бириктирувчи тўқиманинг систем касалликлари — коллагенозлар (систем волчанка, ревматоид артрит, систем склеродермия, дерматомиозит ва б.);

— атеросклероз билан бирга учрайдиган гипертензия касаллиги.

Сўнгги вақтларда мазкур порок ривожланишининг асосий этиологик омили ревматизм ҳисобланади, сабабчи омил сифатидаги захм эса охириги ўринни эгаллайди (Совет Иттифоқида). Атеросклеротик аортал пороклар 15% ҳолларда (асосан ёш улғайганда ва қариликда) кузатилади, травматик пороклар урушлар, зилзилалар вақтида, транспорт ҳалокатларида ва бошқаларда учрайди.

Клиникаси.

I. Субъектив маълумотлар. Шикоятлари:

— юрак соҳасида вақти-вақтида оғрик (тож томирлардан қон айланиши ёмонлашуви);

— юрак соҳасида ёқимсиз сезгилар, юракнинг нотекис уриши;

— бош айланиши, бош оғриғи;

— хушдан кетишга мойиллик, бўйинда ва бошда пульсация сезгиси;

— тез чарчаб қолиш, иш қобилияти пасайиши (компенсация даврида беморларда шикоятлар бўлмаслиги мумкин);

— умумий юрак етишмовчилиги учун хос шикоятлар — нафас қисиши, бўғилиш сезгиси, уйку ёмонлашуви, танага шиш келиши, қон туфлаш, ўнг қовурғалар остида ёқимсиз сезги.

II. Субъектив маълумотлар анализи (порокнинг захмли этиологиясида, шунингдек юрак етишмовчилигининг бошланғич белгиларини аниқлаш учун батафсил анамнез айниса зарур).

III. Объектив маълумотлар.

I. Умумий кўздан кечириш:

— тери қопламлари ва шиллик пардалар рангпарлиги (аксарият сарғишнамо тусда);

— ҳар хил артериялар, бўйиндаги артериялар пульсацияси — «каротид ўйини» (умумий уйқу артерияси);

— Мюссе симптоми (уйқу артерияси пульсацияси бошни синхрон қимирлатиш билан), қорачиқлар пульсацияси;

— сохта капилляр пульс (Квинке белгиси);

— Траубе қўшалок тони ва Дюрозье қўшалок шовқини (периферик томирлар садоланиши — сон артериясини эшитиб кўрилганда);

— артериал босим — систолик босим нормал ёки аксарият ошган, диастолик босим эса пасайган ёки нуль, пульс босими ошган;

— пульс (катта, сакровчан, юқори).

2. Юрак-томирлар системаси:

— юрак букрилиги (аксарият порок болалиқдан шаклланганда);

— юрак учигади туртки кучайган, кўтариб берадиган, резистент, чапга (олдинги қўлтиқ чизигига), пастга (олтинчи ва еттинчи қовурғалар орасига силжиган);

— юрак гипертрофияси чап қоринча ҳисобига, сўнгра чап бўлма ҳисобига юқорига, декомпенсация даврида эса ўнгга ҳам гипертрофияланган, юрак ўлчамига кўра буқа юрагини эслатади (cor bovinum).

— II тон аорта тепасида ёки Боткин—Эрба нуктасида сустрлашган ёки йўқолади;

— аорта тепасида ёки Боткин нуктасида дағал диастолик шовқин кон оқими бўйлаб пастга, чап қоринчага ўтади;

— чап қоринча бўшлиғи кескин кенгайиши натижасида митрализация симптомлари (I тон сусайиши ва юрак учига систолик шовқин—митрал клапаннинг нисбий етишмовчилиги).

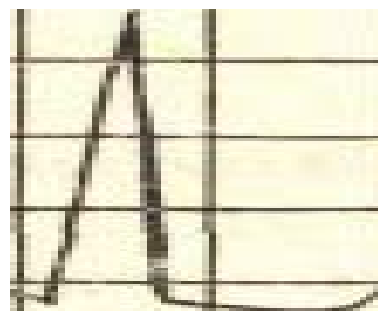
3. Бошқа органлар ва системалар томонидан маълумотлар порок этиологиясига, юрак декомпенсацияси, касаллик асоратлари ва қўшилиб келадиган касалликлар бор-йўқлигига боғлиқ.

IV. Лаборатория, инструментал ва бошқа қўшимча текшириш методлари маълумотлари:

— периферик кон кўрсаткичлари, биохимиявий ва иммунологик текширишларнинг порок этиологиясига боғлиқ ҳолда ўзгариши (актив ревматик жараён, атеросклероз, ўртача ўткир септик эндокардит ваб.);

— рентгенологик текшириш — чап қоринчанинг кескин катталашуви — юракнинг аортал конфигурацияси, юрак бели ифодаланган — «этик» ёки «ўтирган ўрдак» шаклида бўлиши;

— ЭКГ да — чап тип, чап қоринчанинг ортиқча ишлаш белгилари I ва II стандарт ҳамда чап кўкрак усулларида S—T сегменти пасайиши ва манфий T тишчаси, Гис тутами оёқчаси блокадаси шаклланиши мумкин (3-расм);



3-расм.
Аорта
клапани

етишмов
чилиги
бўлган
бемор
электрокардиограммаси (ЭКГ).
R₁
тишча
амплитудаси
кўпайиши, S_{III}
чуқур
тишча,
R_{V5-6}

тишчан
инг
балан
амплит
удаси,
I—II ва
V₅₋₆
усуллар
да S —
T
сегмент
и
депресс
ияси.
QV₆
кенгай
маган
тишча.

— ФКГ да — юксак частотали
диастолик шовқин, II тон
амплитудасининг пасайиши;

— ФКГ да баъзан систолик (Василенко
В. Х., 1983, бўйича бирга келадиган)
шовқин, аксарият иккинчи қовурғалар
орасида ўнгда ёки Боткин нугтасида ва
юрак учида (аорта оғзи нисбий стенози)
қайд қилинади;

— уйқу ва билак артерияси
сфигмограммасида тез кўтарилиш,
анакротанинг ўткирлашган чўққиси ва
катакротанинг кичик дикротик тўлқин
билан тез пасайиши аниқланади;

— апекскардиограмма (юрак учи
кардиограммаси) чап қоринча
таранглашуви билан бирга келадиган
эрта юқори систолик тўлқин билан
характерланади;

— векторкардиография чап қоринча
гипертрофиясини аниқлашга имкон
беради.

Аортал клапан етипшовчилиги
диагностикасида ва унинг
ифодаланганлик даражасини аниқлашда
бу порок белгиларининг уч группаси
келтирилган қуйидаги схемасидан
фойдаланиш қулай (Маколкин В. И.,
1986):

I. Клапан белгилари:

- 1) диастолик шовқин;
- 2) II тон сусайиши (йўқолиши).

II. Чап қоринча белгилари:

1) пастга ва чапга силжиган, кучайган,
туташ юрак ўчи турткиси (компенсация
боскичида ёки клапан нуқсони унчалик
юзага чиқмаганда бу силжиш унчалик
катта бўлмаслиги мумкин);

2) юрак нисбий тўмтоқлигининг чапга
кенгайиши;

3) рептгенокопияда,
эхокардиографияда чап қоринчанинг
катталашуви;

4) ЭКГ да чап қоринча гипертрофияси
синдроми.

III. Аортада диастолик босим
пасайишига боғлиқ бўлган симптомлар
(периферик симптомлар):

1) паст диастолик босим;

2) юрак соҳасида оғриқлар;

3) юқори, тез пульс;

4) периферик томирларда кўшалок
Траубе тони ва кўшалок Дюрозье
шовқини;

5) капилляр пульс.

АОРТАЛ ТЕШИК СТЕНОЗИ.

Клиникаси

I. Субъектив маълумотлар.
Шикоятлари:

— юрак соҳасидаги (беморларнинг
50% да) оғриқ стенокардия типиди
(миокард ишемияси) ёки зиркираган ва
санчикли бўлиб, тарқалмайди, улар
ҳаяжонланишда, жисмоний ҳаракатда
кучаяди;

— аорта оғзи стенозида оғир ва
ангиноз оғриқ хуружлари —
беморларнинг 1/3 қисмида кузатилади
(Василенко В. Х., Фельдман, С. Б.,
1983).

— бош айланиши (беморларнинг
3/4 қисмида) ва ҳушдан кетишга
мойиллик (мия ишемияси) аксарият
тўсатдан ва қисқа вақт гандираклаш
(«оғиб кетиш») билан ўтади;

— бош оғриғи (ярмидан кўпроқ
ҳолларда);

— нафас қисиши, порок
декомпенсациясида — юрак астмаси
хуружлари, аксарият тунги вақтда;

— ҳолсизлик, лоҳаслик, иш
қобилияти пасайиши, кўз олди
қоронғилашуви;

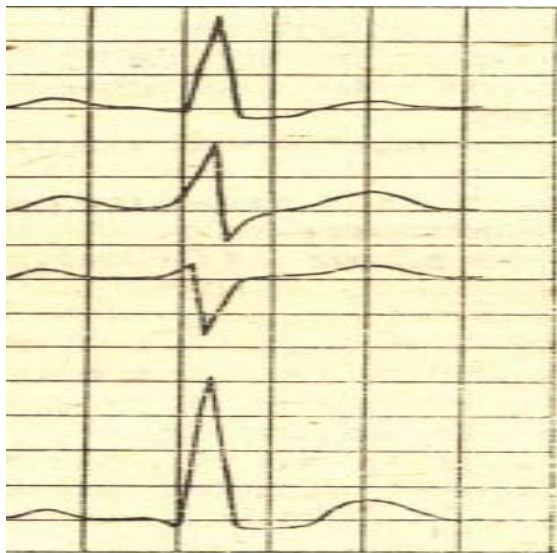
— асосий касалликлар (ревматизм, эндокардит, захм, атеросклероз ва б.) ва асоратлар учун хос шикоятлар.

II. *Субъектив маълумотлар анализи* (бемор шикоятлари, касаллик анамнези ва б.);

III. *Объектив маълумотлар.*

1. Кўздан кечириш:

— тери копламлари рангпарлиги,



акроцианоз бўлиши мумкин (юзага чиққан стенозда);

— юрак букрилиги (аксарият ёшларда);

— пастга ва чапга силжиган юрак ва юрак учи турткиси (порок компенсацияси даврида — чап коринча дилатацияси ва гипертрофияси).

2. Юрак-томирлар системаси:

— юрак букрилиги бўлиши мумкин;

— систолик титрок ёки «мушук хириллаши» синдроми — иккинчи қовургалараро ўнг томонда аорта тепасида;

— аорта тепасида Итон (ёки Боткин—Эрба нуқтасида) сусайган;

— дағал систолик товуш эпштилади (аорта тепасида ёки V нуқтада), у бўйин томирларига (уйку ва ўмров ости томирларига) ва кўкрак кафасининг бирмунча наридаги қисмларига — кураклараро сохага ўтказилади;

— митрализация симптомлари (кейинрок) — Итон сусайиши ва юрак учи тепасида систолик шовкин борлиги;

— пульс — брадикардия (порок компенсацияси омили), секин ва кичик;

— артериал босим — систолик (максимал) ва пульс босими пасайиши, минимал босим — нормал ёки бир оз ошган;

— порок этиологияси, юрак декомпенсацияси, касаллик асорати билан боғлиқ бўлган объектив маълумотлар;

VI. *Лаборатория, инструментал ва бошқа қўшимча текшириш методлари маълумотлари:*

— порок этиологияси ва бошқаларга биноан периферик қон кўрсаткичлари, биохимиявий ва иммунологик текширишлар кўрсаткичларидаги тегишли ўзгаришлар;

— рептгенограммада — аортал конфигурация ифодаланган «бел» билан.

— ЭКГ да — электр ўқининг чапга оғиши, чап коринча гипертрофияси, кейинчалик эса чап бўлма ва чап қоринча гипертрофияси, аксарият Гис тутами чап оёқчасининг блокадаси, ҳар хил даражали атриовентрикуляр блокада аниқланади (4-расм):

Аорта
огзи
стено
зи
бўлга
н
бемо
р
элект
рокар
диогра
мма
си
(ЭКГ)

III Чап коринча гипертрофияси
белгилари: R I-II, V₅₋₆—баланд
тишча,
I—II ва
V₅₋₆
усуллар
да S—T
интерва
лидаги
ўз-

гаришлар —
ар —
изоэлек
трик
чизиқдан
ан
пастга
тушган.

— ФКГ да — ўнгда иккинчи қовурғалар орасида туш олдида систола даврида типик ромбасимон шаклдаги систолик шовқин эшитилади;

— векторокардиографияда чап қоринча гипертрофияси аниқланади, бунда (QRS қовузлоғи йўналиши одатда ўзгармайди, бироқ у деформацияланади;

— ангиокардиографияда эгри чизиқнинг юқорига кўтариладиган тирсаги систола вақтида аста-секин кўтарилади ёки иккита дўнглик шаклига эга бўлади;

— кардиоманометрияда чап қоринчада систолик босимнинг ошгани (симоб стуни ҳисобида 200—300 мм гача), аортада эса пасайгани ёки норма атрофида қолгани аниқланади.

Даволаш

1. Этиологик (ревмокардит, сурункали септик эндокардит, атеросклероз ва б.).

2. Юрак етишмовчилигини даволаш - «Юрак етишмовчилиги» га к.

3. Симптоматик ва умуман мустахкамлайдиган терапия, санаторий-курортда даволашга кўрсатмалар ва монелик қиладиган ҳоллар.

4. Хирургик даволаш (кўрсатмалар ва монелик қиладиган ҳоллар, асоратларни даволаш).

5. Диспансер кузатуви.

Профилактикаси: этиологик омиллар — сабаб бўладиган касалликларнинг олдини олиш; ўз вақтида диагноз қуйиш ва унинг авж олишига қарши чоралар кўриш; интеркуррент-инфекциялар (грипп, респиратор касалликлар ангина ва б.) кўшилишининг олдини олиш, касаллик асоратларига ўз вақтида даво қилиш.

Контроль саволлар

1. Аортал пороклар этиологияси.

2. Юрак ичи гемодинамик бузилишлари патогенези.

3. Касаллик клиникаси, касалликнинг асосий симптомлари (уларнинг патогенези).

4. Касалликнинг етакчи белгилари бўйича дифференциал диагностика.

5. Порок компенсацияси даврида беморларни даволаш. (этиологиясини ва гемодинамика бузилиши даражасини ҳисобга олган ҳолда).

9-МАЪРУЗА: ШИШ-АСЦИТ СИНДРОМИНИ КИЁСИЙ ТАШХИСЛАШ.

Дор
илар
ни
каса
ллик
нинг
сунг
ги
босқ
ичла
рида
эмас
,
балк
и
илк
давр
лари
да
цулл
аган
афза
лдир

Шиш - организм тукумаси ва сероз бушлицларида меъёрдан ортик суюклик йигилишидир. Бу синдром тукума хажми ва вазнининг ошиши, сероз бушликлар сугимининг камайиши, шишган тукума ва аъзолар фаолиятининг бузилиши билан кечади. Организмдаги сув-туз алмашинуви бузилиши натижасида юзага келадиган умумий (таркалган) ва тананинг маълум бир чегараланган кисмида суюклик ушланиб қолиши оқибатида ривожланадиган махаллий (чегараланган) шишлар фаркланади.

Умумий шиш ривожланишида буйрак оркали куп микдорда натрий ва сув ушланиб қолишининг мураккаб механизмлари сабаб бўлади. Бунда туз ва сув алмашинувини гармонлар томонидан бошқарилиши бузилиши, жумладан, вазопрессин ва альдестеронни куп микдорда ишлаб чиқарилиши муҳим аҳамиятга эга. Махаллий сув алмашуви мувозанатининг бузилиши асосида капиллярларда гидростатик босим (юрак етишмовчилигида) ҳамда улар утказувчанлигининг ошиши (аллергияда), кон зардобида онкотик босимнинг камайиши (кахексияда ва буйракнинг айрим касалликларида) ва лимфа оқимининг бузилиши ётади. Хар бир касалликда шиш синдроми узига хос клиник қуринишда кечиб, у таъхис қилишда муҳим аҳамиятга эга. Умумий шишлар юракнинг сурункали етишмовчилигида, кахексияда, буйрак зарарланишларида, гипотиреозда ва айрим нейроэндокрин касалликларда қузилади. Тукумалардаги махаллий шиш веналарда тромб тикилиб қолиши (тромбофлебит, флеботромбоз), лимфостаз, махаллий аллергия реакциялар (Квинк шиши), учоқли яллигланишлар натижасида юзага келади. Шунингдек, махаллий шишларга мия ва упука шиши ҳам киради.

С Шундай қилиб, махаллий сув и мувозанатининг бузилишига Силиб р келадиган асосий омиллар қуйидагилардир:

1. Капиллярларда гидростатик босимнинг ошиши.

2. Кон зардобида онкотик босимнинг камайиши:

3. Интерстициал суюқликнинг онкотик босимининг ошиши.

4. Тукума механик босимининг пасайиши.

5. Капиллярлар утказувчанлигининг ошиши.

6. Лимфа оқимининг бузилиши.

Бемор организмда 3-5 литрдан ортик суюклик ушланиб қолингандагина умумий шиш белгилари қузилади. Периферик шишлар оёқ ёки тана кисми . ва тери ости тукума хажмининг ошиши, улар эластиклигининг камайиши билан намоён бўлади. Терини бир оз шишиши салқин (пастозлик) дейилади. Пайпаслаганда тери хамирсимон конституцияга эга, босганда чуқурча қолади. Агар бармоқ билан босганда, чуқурча қоламаса, шишни сохта дейиш мумкин. Бундай шишлар микседемада, склеродермияда ва семиришда қузилади. Агар яллигланиш асоратлари бўлмаса, шиш синдромида тери рангпар ёки]фсимтир рангда бўлади. Массив шишларда асосан оёқлар шишида тери атрофик, ялтирок қуриниш касб этиб, баъзан сув оқдётган пуфакчалар ёки ермглар билан қоланади. Шиш синдроми бирор бир касаллик белгиси сифатида баҳолашдан олдин унинг бирламчи жойини (товон, болдир, битта ёки иккита оёқ, юз), пайдо бўлиш шароитини (узок тик туриш, аллергиялар таъсиридан кейин, дори қабул қилиш ва бошқалар), юрак, буйрак, жигар ва бошқа аъзолар касалликлари белгилари бор-йуқлигини аниқлаш лозим. Қилиб чиқиш сабабига к>фа шиш синдроми турли хил даражада ривожланган бўлади. Айрим ҳолларда бир оз шиш юз ва оёқ устида пайдо бўлса, бошқа ҳолатда беморларни

синчиклаб курганда аникланади, баъзан эса кескин ривожланган, массив шишлар анасарка, асцит, гидроторакс, гидроперикард куриниши да булиб, бу купинча нефротик синдром ривожланганидан далолат беради.

Шиш сящфшн рнвожданишининг асосий сабаблари

Умумий шигилар:

1. юрак касалликлари;
2. буйрак касалликлари;
3. жигар касалшпшари;
4. гипопротшнемик шишлар;
5. идиопатик шишлар.

Махрллий шишлар:

- А. Веноз шишлар:
Г. чукур веналарни утюф тромбози;
2. сурункали веноз етишмовчилиги;
3. веноз обструкция.

Лимфатжишшлар:

1. идиопатик лимфатик шишлар: а) тугма идиопаткк лимфатик шишлар;

б) эрта пайдо булган лимфатик шишлар;

1. яллигланиш сабабли пайдо булган лимфатик шишлар;
2. обструкциями лимфатик шишлар.

В. Ёгли шишлар:

Г. Бошца турли сабабларга кура пайдо булган шишлар:

1. ортостатик шишлар;
2. артерио-веноз шишлар;
3. томирда утказилган операциялардан кейинги шишлар;

4. суяк-мушак тизими шикастланиши натижасида юзага келган шишлар:

а) мушак тизими патологияси; б) пай кинининг яллигланиши; в) суяклар синиши; г) Бейкер кафти; симпатик дистрофия;

5. асаб тизими касалликлари натижасида юзага келадиган шишлар;

6. аллергик шишлар;
7. тугма ангионевротик шишлар;
8. предменструал шишлар.

III. Дори воситаларини цабул цилиш натижасида юзага келадиган шишлар:

а) гармонлар (кортикостероидлар, аёлларнинг жинсий гармонлари, эстрогенлар, прогестеронлар, тестостерон);

б) гипотензив воситалар (раувольфи алкалоидлари, апрессин, октадин, метилдофа, р-блокаторлар, клофеллин, миноксидил, кальций каналлари блокаторлари);

в) яллигланишга карши воситалар, (бутадион, напроксен, ибупрофен, индометацин);

г) бошка дори воситалар (антидепрессантлар, мидантан).

IV. Сохта шишлар:

1. микседема;
2. системали склеродермия;
3. дерматомиозит.

Куйида биз УАВ фаолиятида куп учрайдиган шиш синдроми билан кечувчи касалликлар тугрисида трсталиб утаимиз.

Юрак касалликларидаги шишлар

Юрак касалликларидаги шишлар унинг мушакдарй холсизлиги (етишмовчилиги, уз ишини бажара олмаслиги) натижасида юзага келади. Шиш синдроми юрак-кон томир касалликларининг клиник белгиларидан бири ёки уларнинг асорати куринишида кечади. Аксарият лолларда шиш кон айланиш етишмовчилиги ривожланганда кузатилади, Унинг клиник белгилари узок вакт давом этган миокарднинг систолик (кардиомиоцитлар сонининг камайиши окибатида унинг крскарувчанлигининг бузилиши) ёки диастолик (унинг гипертрофияси ва бушашиш фаолиятининг бузилиши) ва систола- диастолик дисфункциясидан кейин пайдо булади, Крн айланиш етишмовчилиги ^ патологик долат булиб, юрак- кон томир тизими организм ва тукималарни аввал талаби ошган вақтда (жисмоний ва эмоционал зурикишда) кейинчалик тинч холатда хам етарли даражада кон хамда кислород билан таъминлай олмаслигидир. Ю^ак касалликларидаги шишлар махаллий (юрак астмаси (ЮД), упка шиши (УШ)) ва таркалган (сурункали кон айланиши етишмовчилиги (СКАЕ)) куринишида булиши мумкин.

Юрак касалликлари сабабли пайдо булган шишларнинг ривожланиш сабаблари:

• миокард шикастланиши: миокардитлар, дилатацион

кардиомиопатия, миокардиодистрофия, юрак ишемик касаллиги;

- юрак мушакларийи босим таъсирида зурикиши: артериал гипертензия (тизимли ва упка гипертензияси), аортал стеноз (копкок ости, копкокди, копкок усти), упка артерияси кириш кисмининг торайиши;

- юрак мушакларининг комбинацияланган (аралаш) зурикиши: юкоридаги иккинчи ва учинчи гурух сабабларни биргаликда келиши, мураккаб тугма ва орттирилган юрак нуксонлари;

- юрак мушакларининг комбинацияланган (аралаш) зурикиши: юкоридаги иккинчи ва учинчи гурух сабабларни биргаликда келиши, мураккаб тугма ва орттирилган юрак нуксонлари;

- коринчалар диастолик тулишининг бузилиши: гипертрофик кардиомиопатия, гипертоник юрак (чап коринча дилатацияси булмаганда); рестриктив кардиомиопатия, митрал стеноз, перикард бушлигида куп микдорда суюклик



мавжудлиги (экссудат ёки транссудат), констриктив перикардит;

- юракнинг кон отиш хажми ортиши билан кечадиган

холатлар: тиреотоксикоз, юкори даражадаги камконлик, жигар циррози.

Рйвожланиш тезлигига кура уткир (бир неча дакика ва соат давомида) ва сурункали (бирнечах,афтаваойлар давомида)кон айланиш етишмовчилиги тафовут этилади. **Уткир кон айланиш етишмовчилиги тугрисидаги тулик маълумот «Кукрак кафасидаги огриклар»га багишланган маърузада кенг ёритилган.**

Сурункали кон айланиши етишмовчилиги

СКДЕ бир катор касалликлар окибатида юзага келган чап ва унг томонлама хамда тотал юрак етишмовчилиги натижасида кузатилиб хансираш, тез чарчаш, периферик шишлар хамда юрак фаолияти (ритми ва

утказувчанлиги) бузилиши каби клиник белгилар билан намоён булади.

'Чап томонлама юрак етишмовчилиги упкада димланиш, артериал гипотензия ва периферик тукималарда моДда алмашинуви бузилиши куринишида кечувчи вазоконстриксия белгилари билан кечади. Периферик шишлар, асцит, марказий веноз босимнинг ошиши **унг томонлама юрак етишмовчилигидан** далолат беради.

Буйрак касалликларида учрайдиган шишлар

Буйрак шишлари нефротик синдром (НФС) билан намоён буладиган уткир ва сурункали гломерулонефритларда, буйрак шикастланиши билан кечадиган бириктирувчи тукиманинг тизимли касалликлари (БТТК) хамда амилоидозларда, диабетик гломерулосклероз, хомиладорлар нефропатиясида ва васкулитларда кузатилади. НФСга шишдан ташкари юкори протеинурия (кунига 3,5 г дан куп), гипопроteinемия, диспротеинемия, гиперлипидемия каби белгилар хос. «Нефротик синдром» тугрисидаги батафсил маълумот унга багишланган маърузада кенг ёритилган.

Буйрак шишлари куйидаги клиник хусусиятларга эга:

- шишларнинг пайдо булиши диурез камайиши билан бирга кечади (кундалик диурез 500 мл. ва ундан кам);

- тана вазни нисбатан киска ваكت ичида (суюкльк ушланиб колиниши натижасида) кескин ошади;

- тери ости тукимаси шиши аввал чегараланган махаллий, кейинчалик (айрим холларда жуда тез) эса таркалиб анасарка даражасигача етади. Шиш юздан (куз атрофида, ковокларда, ёнокларда) бошланиб, тана ва оёкларга таркалади суюкликнинг бушликларда йигилиши (гидроторакс, гидроперикард, асцит)-купинча асцит, баъзан гидроторакс кузатилади;

- аксарият холларда ички аъзолар шиши ривожланади (юрак, жигар, упка, буйрак, мия) ва натижада унинг жойлашишига кура клиник белгилар юзага келади;

нефритик шишлар тез пайдо булиш ва тез кайтиш хусусиятига эга. Шишган соха тери коплами рангпарлиги, дагаллашиши ва хароратининг меъридалиги кузатилади.

Тизимли склеродермияда ва дерматомиозит касалликлари «БТТК»га багишланган маърузада батафеил ёритилган.

Идиопатик шишлар

Идиопатик шишлар бошка шишларни инкор килиш йули билан ташхисланади. Асосан репродуктив ёшдаги аёлларда учраб, бир кун давомида тана вазнининг 2 ва ундан купрок килограммга узгариб туриши билан намоён булади. Кечга бориб болдирнинг пастки учдан бир кисмида ва тупик атрофида шиш кузатилади ва иссик хавода кучаяди. Шу сохада енпш кичиш кузатилиши мумкин. Улар ётоқ тартибига риоя килганда ва сийдик хайдовчи воситалар кабулидан сунг камаяди. Айрим холларда эрталаблари корин, сут безлари, кул ва юз сохаларвда харакатда камаювчи шишлар кузатилади. Бу шиш юзага келишида ортостатик механизм мухим ахамиятга эга.

Хайз куриш олди (даврий) шишлар

Хайз куриш олди (даврий) шишлар асосан аёллар менструал циклининг иккинчи ярмида болдир сохасида кузатилади ва у цикл бошланиши арафасида яккол номоён булади. Ушбу даврда бошка белгилар, бош огриши, холсизлик, уйку бузилиши, иштаха ортиши, таъсирчанлик хам учрайди. Об-хаво иссик булганда хайз олди шишлари яккол куринади.

Хомиладор аёллардаги шиш

Хомиладор аёлларда шишлар юрак етишмовчилиги, сурункали гломерулонефрит ва пиелонефритнинг кузиши ва кечки токсикозлар натижасида юзага келади. Хомиладорлар истискоси (водянкаси) хомиланинг 30-хафтасида, камдан-кам холларда 25-хафтасида ривожланади. Бу кечки токсикознинг илк белгиларидан бири булиб, шишлар олдин оёкларда, кейин ташки жинсий аъзоларда, кориннинг олдинги деворида, бел ва юзда пайдо булади. Шишган тукима юмшок ва

нам. Асцит ва гидроторакс камдан-кам холларда ривожланади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Москва: Медицина, 1987.
2. Воронков Л.Г., Коваленко В.Н., Рябенко Д.В. Хроническая сердечная недостаточность. Киев: Морион, 1999.
3. Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей. 2 том, Москва: Медицина, 1998 й.
4. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома - к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.
5. Краснов А.Ф. Семейная медицина. Самара: Самарский дом печати, 1994.
6. Мёрта Дж. Справочник врача общей практики. Москва: Практика, 1988.
7. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. 1 том. Москва: Мед. лит., 1998.
8. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином 2003.
9. Тейлор Р.Б. Трудный диагноз. 2 т. Москва: Медицина, 1995.
10. Чучалин А.Г. Руководство для врачей и студентов. Терапия. Москва, 1998.

10- МАВЗУ	ДИСФАГИЯ ВА ОШКОЗОН ДИСПЕПСИЯСИ. ГАСТРИТ ВА ЯРА КАСАЛЛИГИНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ. УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧИ ТАКТИКАСИ
----------------------	---

(Маъруза – 2 соат)

МАЪРУЗА МАТНИ

Дисфагия - кизилунгачдан овкат утаетганда ютинишнинг бузилиши. Дисфагиянинг намоён булиши: 1) ютинишнинг кийинлиги; 2) кизилунгачдан куюк ёки суюк овкат утаетганда огрикнинг пайдо булиши; 3) ютган овкатнинг регургитацияси.

Дисфагия сабаблари:

Функционал: кардиоспазм, кизилунгач атонияси, кардия ахалазияси, диафрагма чурраси.

Органик: кизилунгач усмасы, эзофагитлар, кизилунгач яраси, стриктураси, дивертикули, окмасы.

Ташки сабаблар: кизилунгачнинг калконсимон без каттариши туфайли кисилиши, кукс оралиги усмасы ёки абсцесси, аорта аневризмасы, перикардит, плевритлар.

КИЗИЛУНГАЧ ВА ОШКОЗОН ФУНКЦИОНАЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

Кизилунгачда функционал узгаришлар.

Кизилунгач дискинезияси. Кизилунгач дискинезияси, асосан унинг атонияси ва эзофагоспазм билан намоён булади.

Кизилунгач атонияси. Марказий ва периферик асаб системаси зарарланиши окибатида кизилунгачнинг иннервацияси бузилиши туфайли келиб чиқади. Бош жарохатланиши, бош миёга кон куйилиши, полиомиелит, адашган нерв зарарланиши, кизилунгач нерв чигали ва кизилунгач мушак кавати зарарланишидан келиб чиқадиган ҳолат.

Кизилунгач атониясининг асосий симптомлари – дисфагия, кекириш, овкатнинг кизилунгачда тутилиб қолиши ва огиз бушлигига қайтиб чиқиши. Буларга сабаб халқум-кизилунгач ва кардиал сфинктерларининг етишмовчилиги ва ошқозон кизилунгач лукмасининг регургитациясидир.

Эзофагоспазм. Бирламчи. (кизилунгач функцияси бошқаришининг кортикал бузилиши окибатида) ва иккиламчи (эзофагит, яра ва ут-тош касалликларида буладиган рефлексор ва симптоматик эзофагоспазм) булиши мумкин. Эзофагоспазмда - доимий

булмайдиган ва баъзан пара-доксал (яъни каттик ва куюк овкат еганда эмас, балки суюкликлар ичганда кузатиладиган) дисфагия, баъзан ютиниш билан боглик булган туш суяги ортида огрик булиши мумкин. Кечиши аста-секин кучайиб боровчи характерда. Кардиал сфинктер атониясида ошқозон секрецияси сакланган булса, рефлюкс-эзофагит юзага келади.

Эзофагоспазм асоратларига эса кизилунгач пульсион дивертикул-ларининг ҳосил булиши ва диафрагма кизилунгач тешигининг аксиал чурраси ҳосил булиши қиради.

Ташхис ва қиёсий ташхис.

Ташхис қуйишда рентгенологик текшириш ердан беради. Бунда кизилунгач девори атонияси ёки унинг кенгайиши аникланади, горизонтал ҳолатда эса контраст модда узок вақтга тутилиб қолиши мумкин.

Кизилунгач функционал касалликларининг қиёсий ташхиси кардия ахалазиясининг бошланғич даври, кизилунгачнинг органик стриктураси ва унинг бошқа аъзолар томонидан кисилиши билан утқайлади.

Даволаш. Аввало асосий касалликни даволаш лозим. Кизилунгач атониясида карбохолин 0,5-1 мг ичишга ёки 0,01 % - 1,0 мл т/о ёки м/о, ацеклидин 0,2% - 1 мл антихолинэстераза препаратлари (прозерин 0,002-1,0 м/о), силлик мушак тонусини оширадиган препаратлар қулланилади. Эзофагоспазмда седатив, спазмолитик ва холинолитик препаратлар тавсия қилинади. Доривор усимликлардан эзофагоспазмда асосан седатив таъсир курсатадиганлар берилади. Булардан арслонкуйрук (пустырник) дамла-маси, валериана илдизи қайнатмаси ёки спиртли настойкаси ичишга буюрилади.

КАРДИЯ АХАЛАЗИЯСИ

Кардия ахалазияси (грекча инкор эриш, *chhalasis* бушашиш) - бу ютиниш пайтида кардиянинг рефлексор очилмаслиги ва кизилунгач перистальтикаси бузилиши сабабли овкатнинг кизилунгачдан ошқозонга утиши бузилиши кузатиладиган касаллик. Бу кам учрайдиган касаллик булиб,

купинча 20-40 ешда учрайди, аёллар ва эркеклар уртасида бир хил таркалган ва кизилунгач барча касалликларининг 3-5% ни ташкил килади.

Кардия ахалазияси этиологияси тулик аникланмаган касаллик келиб чикишининг куйидаги территориялари мавжуд: нейроген теорияга асосан касаллик пайдо булиши рухий жароҳатлар, салбий эмоциялар билан боғлиқ; гипоавитаминоз ва кардия ахалазиясининг тугма келиб чикиш сабаблари ҳам аникланган.

Касаллик патогенезида кизилунгач иннервациясининг бузилиши, унинг интрамурал чигалларидаги узгаришлар, нерв системасининг турли булимлари - марказий, вегетатив, авваламбор парасимпатик нерв тизимларида булган узгаришларининг ахамияти катта.

Клиникаси. Касалликнинг эрга ва характерли белгиси дисфагия булиб, у овкат ютганда кийналиш, туш суяги ортида босилиш, баъзан огрик, сулак ажралишнинг купайиши билан намоён булади. Бундан ташқари регургитация, айниқса унинг уйку пайтида кузатилиши, ҳамда кечки йутал билан бирга кечиши кузатилади. Кайта чиқарилаётган овкат баъзан тургун характерли, сассик хидга эга. Баъзи ҳолатларда дисфагия аста-секин ривожланиб боради ва утиб кетувчи характерга эга, ваҳоланки беморлар унинг ҳаяжонланганда, чарчаганда зурайишини таъкидлайдилар. Бошқа ҳолларда дисфагия тусатдан пайдо булади, купинча каттик рухий таъсирланиш билан боғлайдилар. Баъзи беморлар аҳволларини енгиллаштириш мақсадида суъний РАВИШДА кусадилар еки бошқа усуллар куллайдилар-ютиниш ҳаракатлари орасидаги паузаларни узок давом эттирадилар, анчагина микдорда суюклик ичиб овкатни "итаришга" ҳаракат киладилар.

Рентгенологик текшириш касалликнинг бошлангич босқичидаек маълум диагностик маълумотлар олиш имкониятини беради. Бу кизилунгачнинг салгина кенгайиши, унинг координацияланмаган перистальтикаси,

кардиянинг киска муддатли спазми. Кизилунгачда овкат колдиклари булиш мумкин. Кизилунгач маълум даражада кенгайиб бориши билан бир вақтнинг узида чузила бошлайди ва у кайирилган характерга эга булади. Ошқозон газ ҳалтаси рентгенологик текширганда купинча аникланмайди. Касалликни аниклашда эзофагоскопия ҳам ердан беради. Унда касалликнинг охириги босқичларида ривожланаётган эзофагит топилади. Гумонли ҳолатларда кизилунгачдан биопсия олинади.

Киесий ташхис. Купинча ошқозон лукмасининг кизилунгачга тушиши (кайтиб чиқиши) натижасида ривожланадиган пептик эзофагит билан киесланади (рефлюкс-эзофагит). Бу эзофагит диафрагманинг кизилунгач тешиги чурраларида, кардиофундал кисмининг нотугри жойланишида, шунингдек ошқозон ва 12-бармоқли ичак яра касаллиги, холецистит, баъзан бронхиал астма ва бошқа касалликларда кузатилади. Зарда кайнаши, огрик, овкат кайтиб чиқиши рефлюкс-эзофагитнинг асосий қуринишларидан булиб, улар ётган ҳолатда, бемор гавдасини олдинга букишда пайдо булади ёки кучаяди. Зарда кайнаши ва огрик овкат егандан сунг тинчланади. Ташхис эзофагоскопия ердамида тасдиқланади. Беморда пептик эзофагитга олиб келиши мумкин булган касалликлардан биронтасини аниклаш, жумладан диафрагманинг кизилунгач тешиги чураси жуда уринли ҳисобланади. Кизилунгач тешиги чуррасининг қуринишлари хилма-хил булиб, бунда рефлюкс-эзофагит белгиларидан ташқари, қон кетиши, анемия, юрак уриши, стенокардияни эслатувчи огриклар ҳам кузатилиши мумкин.

Ютинишнинг бузилиши, туш суяги ортидаги огрик эзофагоспазмда ҳам кузатилади. Бу кам учрадиган касаллик кизилунгач мускулатурасининг диффуз еки сегментлар спазми ва унда лукмаларнинг тутилиб қолиши билан кечади, лекин кизилунгач сфинктерлари функцияси бузилмайди.

Касалликнинг диагнози асосида учлик симптоми бор: дисфагия, туш суяги

ортидаги огрик, регургитация.

Шунингдек рентгенологик белгилари кизилунгачнинг турли даражада кенгайиши ва узайиши, унинг кийшайиши, перистальтикасининг бузилиши, оч коринда кизилунгачда суюклик тупланиши кузатилади. Контраст масса кизилунгачда узок ушланиб қолади, унинг юкоридаги чегараси баъзан умров суягигача кутарилиб, сунгра тусатдан ошқозонга "тушиб кетади". Кизилунгач кардиал сегменти торайган, контурлари тугри, у "сабзи учи", ёки "сичкон думи" куринишига эга булиб, ютинишда очилмайди. 1-2 таблетка нитроглицерин қабул қилгандан сунг, кардиал очилади.

ДИСПЕПСИЯ

Диспепсия тушунчаси кенг булиб, овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликларининг субъектив куринишини ифода этади. Диспепсия учун корин соҳасида огрикни сезиш, метеоризм, ошқозонда овқатнинг ҳазм булмаслик сезгиси, зарда, кекириш, дисфагия, кунгил айнаиши, қушиш, қабзият, ич кетиш, иштаҳа йуклиги ва бошқа субъектив сезгилар характерлидир.

Диспепсия асосий касалликлар клиникасида қурилиши сабабли, айрим диагностик аҳамиятга эга булган симптомларни таърифлаб утамиз.

Огрик - гастроэнтерология соҳасида асосий симптом ҳисобланади. Огрикнинг жойлашишига, турига, қучига, овқат қабул қилиш билан боғлиқлигига, давом этиш вақтига катта аҳамият берилади.

Коринда огрикнинг уч тури фарк қилинади: висцерал, соматик, рефлексор ёки таъсирланувчи огриклар. Висцерал огриклар ичи буш аъзолар учун хос булиб, силлиқ мушаклар спазми натижасида қелиб қикади. Бундай огриклар спастик ёки санчувчан характерда булиб, иррадиация билан кечувчи хусусиятга эга. Беморлар огрикни қупинча уткир булмаган, кориннинг урта қизигида диффуз тарқалган ёки ошқозоннинг таранглашиши, тулишиши қаби сезгилар билан ифодақайдилар. Баъзан аник локализацияни курсата олмақдилар. Иссик ёки антиспастик препаратлар огрикни сусайтиради. Соматик огрик

париетал корин пардасининг яллиғланиши натижасида юзага қелади. Кескин бошланиб, аста-секинлик билан пасаяди. Огрик бир маромда, давомли ҳаракат қилганда, йуталганда. пайпаслаш вақтида қучаяди. химояловчи рефлекс ва корни мушаклари таранглиги пайдо булади. Таъсирланувчи ёки рефлексор огрик кориндан узокда жойлашган аъзонинг яллиғланиши натижасида қелиб қикади (миокард инфаркти, пневмония, перикардит, ҳатто бош миё зарарланганда ва х.к.)

Ҳар бир аъзо зарарланганда, огрик узига хос характерга эга булиб, уни бошқа аъзолар касаллиги билан қиёслаш муҳим аҳамиятга эга.

Ошқозон ва ун икки бармоқли ичак яра касаллиги учун характерли симптомокомплекс мавжуд: зарда қупайиб огрикка утиши, бу огрикнинг овқат қабул қилиш вақти, унинг тарқиб билан боғлиқлиги, сутқалиқ, сезонлик ритмининг булиши, огрикнинг эпигастрал соҳасида жойлашиши. Огрик ута қучли булмайди, фақат пилорик қисмда жойлашган ярада яққол намоён булади. Пилорик каналнинг торайишида ошқозон моторикасининг қучайиши сабабли огрик тулғоксимон булиб, қечга бориб қучаяди. Вақт утиши билан огрик доимий тус олади, кориннинг юкори қисми дамланган, қусгандан сунг насаяди.

Яра пенетрациясида огрик аста-секинлик билан ривожланиб, кейин-қалиқ сурункали, доимий равишда қечаяди, бошқа диспептик белгилар ҳам ифодааланган булиб, қушиш енгиллик қелтирмайди.

Кориннинг юкори қисмида мушаклар таранглиги қузатилади. Умумий симптомлар юзага қикади: ориқлаш, субфебрил ҳарорат, лейкоцитоз, ЭҚТнинг баланд курсатқичи.

Ошқозон ракида касалликнинг бошланишида қучсиз, давомли огрик ёки эпигастрал соҳада огирлик сезгиси қузатилади. Кейинқалиқ огрик қучаяди, кофе қуйқасига уқшаш қушиш, ориқлаш, баъзан хикичок қузатилади. Ошқозон ярасининг тешилиши қупинча ёш ёки урта ёшдаги эрқакларда уқрайди. Уткир бошланиб, қоллапс, ҳатто шок билан

кечади. корин мушаклари таранглашган. Беморнинг хар бир харакати огрикни кучайтиради. Огрик кукрак сохасига, кулга, панжаларга таркалади.

Уткир холециститда огрик ут пуфагининг, ут йулларининг уткир кенгайиши ёки Одди сфинктерининг кискариши билан боглик. Огрик тез, бир неча дакика давомида ривожланиб, кучайган сайин кунгил айниши, кусиш пайдо булади. Уткир панкреатитда огрик кучли булиб, шок билан кечиш эхтимали бор. Огрик доимий, суткалаб давом этиб, кайта-кайта кусиш, корин пардасининг таъсирланиш синдроми билан кечиши мумкин. Овкатдан буладиган токсикоинфекцияда огрик тулгоксимон характерда булиб, ичакларнинг каттик кулдираши билан кечади. Пайпаслаганда куричакада чайкалиш шовкини сезилади.

Шунингдек коринда огрикнинг жойлашишига нисбатан овкат хазм килиш аъзолари зарарланишини шартли равишда караб чикиш мумкин (жадвал 1)

Зарда - гуш суяги ортида ёки эпигастрал соханинг юкори кисмида, асосан кизилунгач дистал кисмида нервлар тугаш кисмининг таъсирланиши натижасида вужудга келувчи, куйишиш ёки кайнаш сезгисидир. Асосий сабаби гастро-зофагал рефлюкс, яъни ошкозон кардиал кисмининг етишмовчилиги натижасида нордон шира ва ут суюклигининг кизилунгачга ташланишидир. Шу билан бирга, ошкозон ва корин ички босимининг ошиши мухим урин тутадн. Шу сабабли хомиладорликда, асцитда, жуда куп овкат кабул килганда, чалканча ётганда ёки тананинг олдинга эгилишида зарда юзага келади. Бунда огизга шур, нордон ва аччик шира, баъзан сарик ёки яшил рангда ут суюклиги келиши кузатиладн. Баъзан цитрусли махсулотлар, ацетилсалицил кислотаси, алкохол кабул килгандан сунг хам зарда чакирилади. Зарда диафрагма-кизилунгач тешигининг чуррасида асосий симптомлардан биридир. Эзофагит, кизилунгач пептик яраси, пилороспазм, яра касаллиги, ошкозон кардиал кисмининг саратони доимо зарда кайнаши билан кечади.

Кекириш - беихтиёр бирдан ошкозон ва кизилунгачдан огиз оркали хавонинг чикишидир. Баъзан хаво билан бирга оз микдорда суюклик хам ташланади. Буларнинг сабаби кардианинг очилиши билан бир каторда кизилунгач ва ошкозоннинг енгил антиперисталтик харакатидир. Соглом кишиларда баъзан шошилиб овкатланиш, куп овкат истеъмол этиш ёки овкатдан кейин жисмоний харакат килиш натижасида кекириш кузатилади. Ривожланган, доимий кекириш кизилунгач ва ошкозоннинг органик касалликлари учун хос. Булар меъда кардиал кисмининг дискинезияси, ахалазияси ёки етишмовчилиги, кизилунгачнинг дивертикули, чурраси. стриктураси, усмаси, привратникнинг торайиши, ошкозоннинг усмаси каби касалликлардир.

Анорексия ёки иштаханинг йуклиги асосида овкат хазм килиш вазифасини бошқарувчи марказий ва махаллий механизмларнинг бузилиши ётади. Анорексия ошкозон ва ичак усмаси, сурункали атрофик гастрит, привратникнинг торайиши, жигар антитоксик функциясининг бузилиши (гепатит, цирроз, рак) каби касалликларнинг асосий симптоми хисобланади. Айрим касалликларда иштаханинг пасайиши, ёки айниши кузатилади (ошкозон усмасида, анемияда - гуштга, жигар касалликлари-да-ёглик махсулотларга ва х.к.).

Кунгил айниши - туш суяги остида нохуш сезги, баъзан сулак окиши, тер босиши, бош айланиши, рангпарлик билан кечади. Кунгил айниш купинча кусишдан олдин кузатилади, баъзан мустакил кечади. Кунгил айниши куп касалликларнинг таркалган симптоми булиб, сабабини аниклаш мақсадида беморни хар томонлама текшириш лозим. Купинча овкат хазм килиш аъзоларининг моторикаси бузилишида, турли сабабларга кура ошкозон ёки ун икки бармокли ичак кенгайишида ёки гастродуоденал рефлюксда кунгил айниши кузатилади.

Кусиш - ошкозон ичакдаги овкат массасининг огиз оркали беихтиёр чикиши. кусиш одатда рангпарлик, тер

босиши, тахикардия, артериал босимнинг пасайиши билан кечади, қусиш овкат хазм қилиш тизимнинг турли касалликларида, марказий нерв системаси, вестибуляр аппарат патологиясида, турли юқумли касалликлар ва захарланшларда, иситма пайтида. хомиладорлик ва бошқа ҳолатларда қузатилади. Баъзиларда ҳаяжонланганда одат бўлиб қолган «психоген» қусиш қузатилади. Овкат қабул қилгандан сунг дарҳол қусиш пилороспазм ёки гастрит учун хос. хазм бўлмаган овкат қолдиқлари билан кечикиб қайт қилиш (4-6 соатдан сунг) овкатнинг меъдада ушланишидан дарак беради, масалан, диабетик гастростазда ёки пилорик каналнинг торайишида. Бу ҳолатда қуски моддалар таркибига ҳам эътибор бериш лозим. Агар қуски массаси таркибида хазм бўлмаган овкат қолдиқлари билан бирга нордон кислотаси бўлса яра касаллигидан, унинг бўлмаслиги эса меъда рақидан дарак беради. қусук массасида қириган хид дуоденостазда қузатилади. қуски таркибида қон қорлиги қизилунгач, меъда, ун икки бармоқли ичакдан қон қетиш учун қосдир.

Хикичок - нафас маркази, диафрагма ёки адашган нервларнинг таъсирланишидан юзага қелади, хикичок қупинча диафрагма қурраси, эзофагит, қардиал ёки қизилунгач дистал қисмининг қсмаси, перитонит ва диафрагма ости абсцесси қабии қасалликларнинг қимптоми тарзида қузатилади.

Тенезм - «ёлгон қакирик», қийновчи императив дефеқация ақтидир. Тенезмнинг қелиб қикиш сабаби сигмоидо-ректо-анал соҳа нерв рецепторларининг доимий таъсирланиб туришидир. Таъсирловчи омиллар қуйидагилар бўлиши мумкин: микроблар, химиявий тоқсинлар, усмалар, операциядан қейинги қандикли узғаришлар ва ҳ.қ.

Тенезмни қакирувчи қасалликларга қуйидагилар қиради:

1. Уқир ичак инфекциялари-ичбуруғ, салмонеллез. Булар йугон ичакнинг дистал қисмини жароҳатлайди.
2. Сурункали қолитлар
3. Носпецифик ярали қолит қузиш даврида

4. Сигмасимон ва тугри ичакнинг усмаси

5. Сурункали паропроқтит, бавосил

6. Аденомэктомия, долиқосигма ҳолатларида Тенезм - бу етакчи қимптомлардан бири бўлиб, беморларни тулик текшириб қуришни талаб этади ва асосий текшириш учун ректороманоскопия тавсия этилади.

Тилда қузатиладиган узғаришлар:

Тилдаги узғаришлар маҳаллий огиз бўшлиғидаги патологик узғаришлар ва организмнинг умумий қасалликлари натиқасида бўлиши мумкин. Тилнинг ранги одатда пушти рангда бўлиб, анемияда, жигар қиррозида малина рангида, глосситларда, пеллаграда эса оч қизил рангда бўлади. Тил сургичларининг яссиланиши перниқтиоз, темир етишмовчилиги анемияларида, ахлоргидрияда, гиповитаминозда қузатилади.

Тилдаги қарашлар турли қасалликларда пайдо бўладиган носпецифик белги ҳисобланади. Тилдаги қарашнинг сарғимтир тусда бўлиши қупинча гепатитларда, қорамтир туси тил сургичларининг замбуруғли қасалликларида учрайди.

ГАСТРИТ ВА ЯРА КАСАЛЛИГИНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ Сурункали гастритни даволаш

Сурункали гастритни даволашдан олдин қасаллик фаоллиғини, клиник ва морфологик қуринишини, секретор, мотор ва эвақуатор функцияларни назарда тутиш лозим. Даволаш қуйидаги мақсадларни уз ичига олади:

1. Яллиғланиш жараёнини бартараф қилиш.
2. Ремиссия фазасини узайтириш
3. Ошқозон шиллик қаватидаги узғаришларнинг қуқайиб боришини бартараф этиш.

Парҳез - даволашнинг асосий усулларида бири бўлиб, унинг принципи ошқозонни функционал, механик ва химик аяшдан иборат. Қунига 5-6 маҳал, оз-оздан овқатланиш тавсия этилади. Шиллик

каватни зарарлантирувчи (тузланган, дудланган, ковурилган гушт, балик, маринадлар, уткир зираворлар, алкоголь, пиво, аччик чой ва б.к.) дагал, кийин хазм булувчи махсулот ва овкатлар истисно этилади. кора ва якинда пиширилган нон, каймоқ, сметана, ичакларда бижгиш жараёнини кучайтирувчи махсулотлар (карам, узум, урик, нухат ва б.к.) чегараланади. Беморга суюк чой, ёгсиз кайнатма шурва, евгон хурда. ширгуруч. кисел, сариг, хом тухум, сузма билан сут аралашмаси берилади.

Аутоиммун сурункали гастритни даволаш. Аутоиммун гастритни даволашнинг асосий вазифаси-уринбосар терапия. Бунга табиий меъда шираси, нордон кислота, ацидин-пепсин, пепсидил, бетацид, сугаст-2 ва бошқалар киради. Инсулин, гистамин, эуфиллин, кальций препаратлари, кислоталар каби воситалар меъда шираси ажралишини кучайтиради. Даволашнинг биринчи кундан табиий ошқозон шираси 1 ош қошиқдан 1/2 стакан сув билан овкат махали қабул қилинади. Нордон кислота ва таблеткалар дорилар касалликнинг хуруж даврида берилмайди. Ошқозон шиллик кавати микроциркуляциясини, унда оксил синтезини ва репаратив жараёнларни яхшилаш мақсадида никотин кислотаси, метилурацил, витаминлар, солкосерил, ферментлар белгиланади. Касаллик оғрик ва диспептик узгаришлар билан кечганда беморларга метоклопрамид (церукал, реглан), мотилиум таблеткада, ёки инъекцияда (2 мл 10 мг дан кунига 2 махал), сульпирид (эглонил, догматил) инъекцияда (5"/о-2мл) ёки ичишга 50-100 мг 2-3 махал кунига буюрилади. Зубтурум кайнатмаси 1 ош қошиқдан, плантаглюцид гранулада 0.5-1г дан 2-3 марта кунига овкатдан олдин 3-4 хафта давомида берилади.

Касаллик мегалобластик анемия билан кечганда В₁₂ витамини (апламин) 500 мкг/мл дан 6 кун давомида, сунг хафтасига 1 марта, кейинчалик 2 ойда бир марта умр давомида қабул қилинади.

Шулар билан бирга шилликни ураб олувчи ва буриштирувчи таъсирга эга булган доривор усимликлар берилади:

зубтурум барги даммаси, плантаглюцид 0,5-1 г кунига 2-3 махал 3-4 хафта давомида. Шунпигдек мойчечак, буймодарон, ялпиз утлари даммаси 1/2 стакандан 4-6 махал 3-4 хафта давомида берилади. Шивит уруги даммаси. Турп шираси ҳам кулланилади.

Меъда ширасининг кислота микдори куйиб кетган сурункали гастритда куйидаги усимликлар ишлатилади: чучукмия илдизи, карам барги, чаканда мойи.

Гипоацид гастритда: тограйхон ути даммаси, зубтурум даммаси, шивит уруги, турп шираси ишлатилади.

НР чакирган сурункали гастритларни даволаш. Бу турдаги гастритлар комплекс даволаниб, махсус диагностик тестлар орқали ошқозон шиллик кавати НР билан зарарланганлигини эътиборга олган ҳолда, албатта антибактериал воситаларни уз ичига олиши лозим.

Микроорганизмга таъсир этувчи антибактериал воситаларга висмут препаратлари, метронидазол, амоксициллин, тетрациклин ва кларитроми-цинлар киради.

НР-инфекцияни даволашнинг асосий схемалари.

1. Уч компонентли висмутли терапия. Уз ичига висмут препаратларини (де-нол, пилорид 120 мг дан суткасига 4 махал), метронидазолни (250 мг суткасига 4 махал) ёки тинидазолни (500 мг суткасига 2 махал) ва тетрациклинни (250 мг суткасига 4 махал) олади. Даволаш 1 ёки 2 хафта давомида утказилади. Тетрациклинни амоксициллин ёки ампициллин билан 1.5-2,0 г/сут алмаштириш мумкин.

2. Бир хафталик турт компонентли висмутли терапия. Даволаш эффектини ошириш мақсадида, уч компонентли висмутли терапияга қушимча суткасига икки марта Н₂ блокаторлар (зантак 150 мг, 2 махал суткасига) ёки протеин помпасининг блокаторлари (омепразол 20 мг 2 махал суткасига) кулланиладн.

3. Уч компонентли висмутсиз терапия уз ичига икки хил антибиотик ва омеппразолни олади. қабул қилиниш вакти

эрталаб ва кечкурун. Намунаси:

1. Омепразол 20 мг дан кунига 2 махал + амоксициллин 1 г дан кунига 2 махал + метронидазол 250 мг дан кунига 2 махал.

2. Омепразолни H_2 блокаторлари билан алмаштириш мумкин:

3. Зантак 300 мг + амоксициллин 750 мг дан кунига 3 махал + метронидазол 400 мг дан кунига 3 махал.

Зантак урнига ранитидин, висмут цитрат (пилорид) бериш мумкин. Намунаси:

Пилорид 400 мг дан 2 махал кунига + тетрациклин 1 г дан 2 махал кунига + метронидазол 400 мг дан 2 махал кунига, 1 хафта давомида.

Диспепсияларни даволаш.

Сурункали гастритларда диспепсия эпигастрал сохада огирлик ёки нохуш сезги, овкат вактида тез туйиш, зарда, корин дамлаши каби шикоятлар билан намоён булади. Бу холларда бир неча кунга антацидлар берилади. Таркибида магний ва алюминий гидроксидлари бор дори воситаларнинг таъсири юкори булиб, кенг кулланилади:

Маалокс (алюминий ва магний гидроксиди) таъсири антацид, адсорбент ва камраб олувчи. 1-2 таблеткадан чайналади ёки 1 ош қошиқдан (суспензия) овкатдан 1.5 соатдан сунг берилади.

Фосфалюгел-коллоид гели, таркибида фосфат алюминий, пепсин гели ва агар-агар. Таъсири камраб олувчи, антацид ва цитопротектив.

Гастал - таблетка ва суспензия тарзида. Таркибида алюминий ва магний гидроксиди мавжуд. Таъсири антацид ва камраб олувчи. 1-2 таблетка овкатдан 1,5 соатдан сунг ва уйкудан олдин берилади.

Гастрин-гел -таркибида фосфат алюминий, пепсин бор. Таъсири антацид, камраб олувчи ва цитопротектор. 16 г дан пакетда 1,5 соат овкатдан сунг ва уйкудан олдин берилади

Актал - таблетка таркибида 360 мг алекситал содиум. Таъсири антацид ва камраб олувчи. 2 таблеткадан огизда сурилади. 1,5 соат овкатдан сунг ва уйкудан олдин берилади.

Протаб - таблетка таркибида

алюминий, магний гидроксиди ва метилполисилоксан. Буфер таъсирига эга ва метеоризмни камайтиради. 1-2 таблеткадан чайналади, суткасига 4-6 мартагача.

Беморларда кунгил айланиши, қусиш кузатилганда бериладиган препаратлар:

Метоклопрамид (реглан, церукал) ошқозон-ичак трактининг ҳаракат функциясига таъсир этади. кизилунгачининг пастки сфинкте-ри, ошқозон, ун икки бармокли ичак тонусини кучайтириб, бушабини тезлаштиради. Таблеткада 5-10 мг дан 3 махал кунига, огир ҳолатларда 2 мл дан м/о ёки т/о 1-3 марта кунига. Нохуш белгиси уйқучанлик, кулоқда шовқин, огиз қуриши.

Мотилиум - таъсири метоклопрамидга ухшаш, лекин экстрапра-мид бузилишларни чақирмайди. Таблеткада 10 мг дан 3-4 махал кунига, 15-30 мин овкатдан олдин.

Цизаприд (координакс, препульсид, цизап) ошқозон ичак тизимининг прокинетики ҳисобланади, таблеткада 5-10 мг, 3-4 марта кунига, ёки ҳаб дори сифатида 30 мг дан 2 махал куннга.

Сурункали гастрит билан беморларнинг санаторий-курортда даволаниши гоят муҳим. Бизнинг мамлакатимизда бундай даво Чинобод, Тошкент минерал сувлари каби машҳур курортларда ва бошқа маҳаллий курортларда олиб борилади. Минерал сувлар (бошқа даволаш тадбирлари билан бирга) касаллик кузиганда амбулатория ва шифохонада даволаш даврида ҳам ишлатилади.

Минерал сувлардан карбонатли ёки хлорид -гидрокарбонат – натрий-ли сувлар жуда яхши фойда беради. Уларни илитилган ҳолда кунига 2-3 марта овкатдан олдин 1/2 стакан берилади. Гиперацид гастритда боржом суви, гипоацид гастритда Эссентуки 17 минерал суви тавсия қилинади.

Даволаш курси 4-8 хафта давомида. Препарат сут ёки газли ичимликлар билан қабул қилинмаслиги керак. Де-нол баъзи дори воситалари, чунончи антацидлар ва

Ошкозон ва ун икки бармокли ичак яра
касаллигини даволаш

Дорилар, дозалар, қабул қилиш вақти	препаратларнинг таъсирини баҳолаш ва назорат қилиш, ёки даволашни тўхтатиш.
1. Омепразол, 20 мгдан 2 маҳал, соат 8.00 ва 20.00 да 2. 20 мгдан 1 маҳал, соат 8.00 да	7-14 кунда антирефлюкс терапияси билан биргача гастритни даволаш мумкин. Баъзан гипербарик оксигенация Антибактериал препаратларни ҳам қўллаш касаллигида эффектив бўлади. Сурункали яра касаллигида 6 дафғадан ортиқ ишлаштириш ва б.к.)
3. Ранитидин 150 мгдан 2 маҳал, соат 8.00 ва 20.00 да 300 мгдан 1 маҳал, соат 20.00 да	7-14 кунда антирефлюкс терапияси билан биргача гастритни даволаш мумкин. Гастрит яра касаллигида 12-кафтага 12 б. эндоскоп касаллиги 8 дафғадан ортиқ ишлаштириш мумкин. Узок чандикланмаётган яраларда, нафакат
3. Фамотидин, 20 мгдан 2 маҳал, соат 8.00 ва 20.00 да 40 мгдан 1 маҳал, соат 20.00 да	7-14 кунда антирефлюкс терапияси билан биргача гастритни даволаш мумкин. Гастрит яра касаллигида 12-кафтага 12 б. эндоскоп касаллиги 8 дафғадан ортиқ ишлаштириш мумкин. Узок чандикланмаётган яраларда, нафакат

Даволаниш жараёнида дуоденал яра 8
хафта, меъда яраси 12 хафта давомида
битмаса, бундай яра даволанишга

предварительная биопсия желудка, если
культуры бактерий и т.в. сукралоза биопсия
не мумкин. Баъзан гипербарик оксигенация,
биотермал операция яранисмаккамеъдалара
пиримидефектхиртамаксус 12 кл биар яри
лпотида 6 дафраначарини ишлатиш ва б.к.)
индантибактериал дефактар вб илуринг
аарофбиотермал тераккадан куатимеъ дарур
булганлида 12-Кафтажафта 12а б. индоскоп
оркади 8 куфатиб чатуриш мумкин. Узок
чандикланмаётган яраларда, нафакат
указанган бактериялар вусумаларг б.жаки
афикрлаш, балки аникланмай колган,
бактериал теракидан суна меъда яри
лбниша 12 нафалогик, 12 жараёнларни
цхюлида 8 куфатназ сурункали фаол гастрит,
жигар циррози, дисбактериоз, дуоденостаз
ва б.к.) истисно этиш ва меъда антрал
кисми шиллик кавати биоптатини кайта
НР-инфекцияга текшириш жуда мухим.

Даволаш жараёнида 6 ой мобайнида
сурункали яра чандикланмаса,

шифокор оператив курсатма борасида уйлаши мумкин. Тез-тез ва узок давом этувчи хуружлар ва асоратлар оператив курсатмага сабаб булади.

11- МАВЗУ	КОРИНДАГИ ОГРИКЛАРНИНГ КИЁСИЙ ТАШХИСИ. УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИНИНГ ТАКТИКАСИ
-----------------------------	--

(Маъруза – 2 соат)

Коринда огрикнинг уч тури фарк килинади: висцерал, соматик, рефлектор ёки таъсирланувчи огриклар. Висцерал огриклар ичи буш аъзолар учун хос булиб, силлик мушаклар спазми натижасида келиб чиқади. Бундай огриклар спастик ёки санчувчан характерда булиб, иррадиация билан кечувчи хусусиятга эга. Беморлар огрикни купинча уткир булмаган, кориннинг урта чизигида диффуз таркалган ёки ошкозоннинг таранглашиши, тулишиши каби сезгилар билан ифодаляйдилар. Баъзан аник локализацияни курсата олмайдилар. Иссик ёки антиспастик препаратлар огрикни сусайтиради. Соматик огрик париетал корин пардасининг яллигланиши натижасида юзага келади. Кескин бошланиб, аста-секинлик билан пасаяди. Огрик бир маромда, давомли харакат килганда, йуталганда, пайпаслаш вақтида кучаяди. химояловчи рефлекс ва корни мушаклари таранглиги пайдо булади. Таъсирланувчи ёки рефлектор огрик кориндан узокда жойлашган аъзонинг яллигланиши натижасида келиб чиқади (миокард инфаркти, пневмония, перикардит, хатто бош мия зарарланганда ва х.к.)

Хар бир аъзо зарарланганда, огрик узига хос характерга эга булиб, уни бошка аъзолар касаллиги билан киёслаш мухим ахамиятга эга.

Ошкозон ва ун икки бармокли ичак

яра касаллиги учун характерли симптомокомплекс мавжуд: зарда купайиб огрикка утиши, бу огрикнинг овкат кабул килиш вақти, унинг таркиби билан боғликлиги, суткалик, сезонлик ритмининг булиши, огрикнинг эпигастрал соҳасида жойлашиши. Огрик ута кучли булмайди, факат пилорик кисмда жойлашган ярада яккол намоён булади. Пилорик каналнинг торайишида ошкозон моторикаси-нинг кучайиши сабабли огрик тулгоксимон булиб, кечга бориб кучая-ди. Вақт утиши билан огрик доимий тус олади, кориннинг юкори кismi дамланган, куsgандан сунг насаяди.

Яра пенетрациясида огрик аста-секинлик билан ривожланиб, кейин-чалик сурункали, доимий равишда кечади, бошка диспептик белгилар ҳам ифодаланган булиб, кушиш енгиллик келтирмайди.

Кориннинг юкори кismiда мушаклар таранглиги кузатиладн. Умумий симптомлар юзага чиқади: ориклар, субфебрил харорат, лейкоцитоз, ЭЧТ нинг баланд курсаткичи.

Ошкозон ракида касалликнинг бошланишида кучсиз, давомли огрик ёки эпигастрал соҳада огирлик сезгиси кузатилади. Кейинчалик огрик кучаяди, кофе куйкасига ухшаш кушиш, ориклар, баъзан хикичок кузатилади. Ошкозон ярасининг тешилиши купинча ёш ёки урта ёшдаги эркаларда учрайди. Уткир бошланиб, коллапс, хатто шок билан кечади. корин мушаклари таранглашган. Беморнинг хар бир харакати огрикни кучайтиради. Огрик курак соҳасига, кулга, панжаларга таркалади.

Беморларнинг аксариятини овкат кабул килиш вақтида ёки ундан сунг эпигастрал соҳада огрик, огирлик, тикилиш ёки тез туйиниш хисси, кекириш, зарда кайнаши, кунгил айнаш, кайт килиш, овкат кайтиб чикиши, иштаха йуколиши ёки пасайиши, баъзан корин дам булиши, ич келишининг бузилиши безовта килади. Юкорида келтирилган белгилар мажмуаси тиббиётда диспепсия синдроми деб юритилади. Бу белгилар хар хил курунишда кушилиб келиши, турли тизим аъзолари касалликларида кузатилиши мумкин. Уларнинг давомийлиги,

интенсивлиги, пайдо булиш вакти турлича булади.

Иштаханинг бузилиши (ошиши ёки пасайиши) юкумли касалликлар, моддалар алмашинувининг бузилиши ва катор бошка касалликларда учрайди. Айрим ошкозон касалликлари, жумладан, унинг ракида иштахд тулик йуколиш даражасига (анорексия) етади.

Яра касаллигида, айникса, унинг ун икки бармокли ичакда жойлашишида иштаха ошган булади. Иштахд йуколишини огривдан куркиш сабабли овкат истеъмол килмасливдан фарклаш керак ва бу ҳолат ошкозон ярасида кузатилади.

Баъзи ҳолларда беморларда иштаха бузилиши кузатилиши мумкин. Уларнинг айримларида кумир, бур истеъмол килиш истаги тугилади. Иштаханинг бузилиши хомиладорларда ва ахлоргидрия билан касалланганда ҳам кайд этилади. Ошкозон ва бошка аъзолар ракида беморлар узларини гушт ейишдан тиядилар. Иштаханинг юкорилиги хазм марказининг кузгалиши ҳисобига булади.

Кекириш - кизилунгач ва опщозонда тутилган хавони бирдан ва баъзан жарангли товуш билан огиздан чиқиши хаволи кекириш дейилади ва атмосфера хавосини ютиш ҳисобига вужудга келади. Агар огиз бушлигига хаво билан овкат сакланмасининг бир қисми чикса, овкатли кекириш тугрисида суз юритилади. Кекириш кардия тешигининг очик турган вақтида ошкозон мушакларининг кискариши ҳисобига пайдо булади.

Ошкозоннинг ҳаракат фаолияти бузилганда чириш, бижгишлар кузатилиб, куп газ ҳосил булади, Юкорида келтирилган ҳолатларда хидсиз кекириш кузатилса, сунггисида беморларни айниган тухум хидини эслатадиган хидли кекириш безовта килади. Палагда тухум хидини эслатадиган кекириш привратник торайишига хос.

Кислотали кекириш ошкозон гиперсекрецияси ва яра касаллигида пайдо булади. Аччик таъмли кекиришушинг ун икки бармокли ичакдан ошкозонга jH^{TM} ва юкори кислотали пептонларнинг аччик таъми ҳисобига юзага келади.

Зарда цайнаши - эпигастрал сохада туш ортида ачишйш пайдо булиши. У ошкозон-кизилунгач рефлюксида, ошкозон кислотаси ошганда (яра касаллиги, холецистит), диафрагма кизилунгач тешигининг чуррасида ва баъзан хомиладорларда кузатилади.

Кунгил айниши - рефлексор ҳолат булиб, эпигастрал сохада узига хос босим сезгисининг булиши билан ифодаланади ва адашган нервнинг кузгалиши ҳисобига юзага келади. Кунгил айниши аксарият ҳолларда кайт килишдан олдин пайдо булади. Баъзан кунгил айниши ошкозон секретор етишмовчилигида ҳам кузатилади.

Кайт килиш - мураккаб рефлексор жараён булиб, кайт марказининг кузгалиши оқибатида вужудга келади. Унда ошкозон сакланмасининг кизилунгач, хикилдок ва огиз бушлигига беихтиёр чиқиши юз беради. Кайт ошкозон рецепторларининг яллигланиш жараёнидаги таъсирланишида (уткир, сурункали гастрит), ошкозон эвакуатор фаолияти бузилганида (привратник спазми ва торайиши) ошкозондан овкат лукмаларининг ун икки бармокли ичакка утиб булмагани сабабли вужудга келади. Кислотали эрталабки кайт ошкозоннинг кечкурунги гиперсекрециясидан далолат беради. Овкат хазм булганда, 2-3 соат кейин кузатиладиган кайт опщозон яраси учун хос. Ун икки бармокли ичак ёки привратник ярасида кайт овкатдан 4-6 соат кейин кузатилади. Яра касаллигида кайт одатда огриклар чуққисида булади.

Огрик - ошкозон касалликларида эрта огрик овкат егандан 30-40 дақиқа, кечки огриклар эса 1-5 соатдан кейин кузатилади шунингдек, кечки огриклар оч коринга кечкурунлари ва кечалари безовта килади ҳамда овкатдан сунг огрщ сусаяди. Касалликнинг даврийлиги купрок яра касаллиги учун хос. Доимий огриклар сурункали гастрит кузишида безовта килади.

Диспепсиянинг турли хил классификациялари мавжуд булиб, амалиётда уларни органик ва функционал (ярасиз) турларга ажратиш мақсадга мувофиқ. Функционал диспепсия бу

эпигастрал сохада огрик, нохуш сезги, овкатдан сунг тикилиш хисси, тез туйиниш, корин дам булиши, кунгил айнаши, кайт килиш, кекириш, зарда кайнаши, овкат кайтиб чикиши, ёгли овкатни сингдира олмаслик каби белгиларни уз ичига олган ва ички аъзоларнинг органик касалликларисиз (яра касаллиги, сурункали гастрит, дуоденит, ошкозон раки, рефлюкс-эзофагит аникланмаганда) кечадиган белгилар йигиндисига айтилади. Агар юкорида санаб утилган функционал диспепсия белгилари 3 ойдан ортик давом этса, сурункали диспепсия тугрисида гап боради.

Функционал ярасиз диспепсияда беморларда эпигастрал сохада огрик, овкат вактида ёки ундан кейин тез туйиниш ва тикилиш хисси ҳамда кунгил айнаши аникланади. Бунда органик диспепсиядан фаркли уларок, ошкозон-ичак тизимида патологик узгаришлар топил май ди. Функционал диспепсияда учрайдиган купгина клиник белгилар органик диспепсияда ҳам кузатилади. Аммо ундан фаркли уларок, белгилар комплекси, уларнинг пайдо булиш тезлиги, вакти, интенсивлиги, давомийлиги хар бир беморда хар хил кечади ва купинча 1 ёки 2 белги учрайди.

Функционал диспепсиянинг юзага келишида асосий омил булиб, опщозон ва ун икки бармокли ичак харакат фаолиятининг бузилиши (сусайиши) хисобланади. Натижада ошкозондан ун икки бармокли ичакка овкат лукмаларининг утиши секинлашади, беморларни эпигастрал сохада «сурункали» доимий ёки даврий огрик ва кагор диспептик белгилар безовта килади.

Таххислаш. Диспепсияларда киёсий таххислаш куйидаги касалликлар орасида утказилади.

Кенг таркалган асосий сабаблари:

- ♦ ярасиз диспепсия (функционал);
- ♦ рефлюкс - эзофагит;
- ♦ кизилунгач моторикасининг бузилиши* масалан эзофагоспазм.

Энг хавфли сабаблари:

- ♦ ёмон сифатли усмалар (опщозон ва опщозон-ости беи раки);

- ♦ юрак-кон томир касалликлари (ЮИК ва юрак етишмовчилиги);
- ♦ панкреатит;
- ♦ ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллиги.

Нотугри таххис сабаблари:

- ♦ ЮИК;
- ♦ овкатланишдан кейинги аллергия;
- ♦ хомиладорлик;
- ♦ ут йуллари дискинезияси;
- ♦ уГ йулларининг бопща касалликлари;
- ♦ ваготомиядан кейинги синдром.

Кам учрайдиган сабаблар:

- ♦ гиперпаратиреоз;
- ♦ сурункали мезентериал кон айланишининг бузилиши;
- ♦ Золлингер-Эллисон синдроми;
- ♦ сурункали буйрак етишмовчилиги.

Рухий бузилишлар ва симуляция:

- ♦ хаяжонланиш ва таъсирланган ичак синдроми.

Диспепсия сабабини аниклаш учун авваламбор, бемор анамнези синчковлик билан йигилади ва шикоятлари чукур урганилади. Бемордан куйидагилар аникланади:

огрик каерда пайдо булади ва кайси сохага таркалади?

кураклар орасида, елкада, томовда огриклар буладими?

качон ва кайси холатда огриклар кучаяди ёки камаяди?

овкат кабул килиш, сут, антацидлар, кахва. пиёз, саримсок пиёз истеъмол килиш Сизнинг ахволингизга кавдай таъсир курсатади?

куп микдорда овкат, истеъмол килиш, жисмоний зурикишлар ахволингизга кандай таъсир курсатади?

ковурилган, ёгли, иссик ва аччик таомлар кабул килгандан сунг ахволингиз ёмонлашмайдими?

тунда нохуш хислар безовта килмайдими ва уйкунгизга халакит бермайдими?

энгашганингизда ёки ётганингизда ахволингиз ёмонлашмайдими?

нохуш хислар сизни доимо безовта киладими?

уйда ёки ишхонада нохушликлар тез-тез буладими?

шошиб овкатланасизми?

овкатни яхши чайнаб ютасизми?
спиртли ичимликлар истеъмо
киласизми ва канча микдорда? ^x
чекасизми?

диспепсия белгилари пайдо
булишини нима билан боғлайсиз? ^x
аксарият холларда Сизни кабзият ёки ич
кетиши безовта қиладими? ^x корнингиз дам
булмайдими? ^x охириги вақтда вазнингиз
камаймадими?

Оғриқларнинг жойлашиши ва тарқалиши. Диспепсия сабабини аниқлаш-
учун оғриқларнинг жойлашиши ва тарқалиши катта аҳамиятга эга. Кураклар орасидаги оғриқлар эзофагоспазмда, холециститда ва ун икки бармокли ичак яра касаллигида, туш ортидаги оғриқлар - ЮИК ва кизилуигач касалликларида, эпигастрал сохада эса ут йуллари, ошқозон ва ун икки бармокли ичак касалликларда кузатилади.

Оғриқларнинг хусусиятлари. Куп касалликларда оғриқлар бир-бирига ухшаб кетади, лекин баъзида узига хослигини эътиборга олиб, оғриқлар сабабини тахмин қилишимиз мумкин:

куйдирувчи, ачитувчи оғриқлар - рефлюксни; сиқувчи оғриқлар - ЮИК ёки эзофагоспазмни;

чуқур сжриқлар - ошқозон ва ун икки бармокли ичак яра касаллигини;
+ кучли, тумток оғриқлар - рухий бузилишларни.

Оғриқлар қачон кучаяди ва нимадан кейин сусаяди:

опшозон яра касаллигида овкат пайтида оғриқлар кучаяди, ун икки бармокли ичак ярасида камаяди; ковурилган ва ёглик овкатлар ярасиз диспепсияда, ут йуллари ва кизилуигач касалликларида бемор ахволини ёмонлаштиради; энгашганда оғриқларнинг кучайиши рефлюкс эзофагитга хос;

алкогол истеъмоли килиниши эзофагитда, гастритда, опшозон ва ун икки бармокли ичак яра касаллигида ахволни ёмонлаштиради.

Диспепсия билан кечадиган касалликларда куйидаги ёндош белгилар кузатилиши мумкин:

- дисфагия - кизилуигач касалликларида;

- томовда ёт модда хисси (истерик) - рухий бузилишларда;

- кекириш;

- ошқозон - кизилуигач рефлюкси, диафрагманинг кизилуигач тешиги чурраси, ошқозон ва 12 бармокли ичак яра касаллиги;

- анемия белгилари - сурункали эзофагит ёки гастрит, ошқозон ва 12 бармокли ичак яра касаллиги, ошқозон ёки йугон ичак раки;

- метеоризм, ич келишининг бузилиши - таъсирланган ичак синдроми;

- овкатдан кейин 30 дақиқа утгач ич кетиши - мезентериал кон айланишининг сурункали бузилиши.

Шунингдек, диспепсия сабабини аниқлашда объектив ва лаборатор, асбобий текширишлар муҳим аҳамиятга эга.

Объектив куриқда, беморда камконлик ва сариклик белгилари мавжудлигига алоҳида эътибор берилади. Корин пальпациясида енгил диффуз оғриқ ва аортанинг корин қисми пульсацияси функционал ва органик бузилишларида кузатилиши мумкин. Эпигастрал сохада диспепсиянинг бошқа белгилари билан кузатилувчи оғриқлар, асосан ошқозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигида, ут пуфаги сохасида холециститда кузатилади. Эпигастрал сохада ҳосила пайпасланиши купрок ошқозон ракига хос ҳисобланади.

Шу уринда, 40 ёшгача булган беморларда диспепсия белгилари яққол ифодаланган булмаса, УАВ мукамал йигилган анамнезга асосланиб, унинг сабабини функционал деб тахмин қилиши, лекин курсатмалардан келиб чиқиб қушимча текширишлар утказиши лозим.

Узок давом этган ва оғир диспепсияларда бемор мутахассис шифокорга юборилади ва тахминий ташхис асосида куйидаги лаборатор-асбобий текширишлар утказилади:

► умумий кон тахлили (гемоглобин микдори);

► конда темир микдори;

► ЭЧТни аниқлаш;

► нажасни яширин конга текшириш;

► корин бушлиги УТТ;

► Корин бушлиги КТ;

- холецистосцинтиграфия (ут йуллари обструкциясини аниклаш учун);
- кизилунгач ва ошкозонни рентгенконтраст текшириш (харакат бузилишларини аниклаш учун);
- эзофагогастродуоденоскопия;
- эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (сарикликда);
- кизилунгач манометрияси;
- усма маркерларини аниклаш.

Шу уринда, юкорида санаб утилган у ёки бу кушимча текшириш усули УАВ ва тегишли мутахассислар томонидан аник курсатмалар булганда утказилиши лозимлигини яна бир бор таъкидлаб утмоқчимиз.

Диспепсияни даволаш

Функционал диспепсияларни даволаш тамойиллари:

1. Асаб-рухий омилларни ва стресс ҳолатларини бартараф этиш, оила ва ишда муносабатларни яхшилаш, меҳнат ва дам олиш тартибини рационал ташкил этиш;
2. мукобил рухий даво, баъзан психотерапия утказиш;
3. тез-тез, булиб-булиб, кам-кам овкатланиш ва сингиши кийин ҳамда ёғли маҳсулотларни қабул қилишни чегаралаш;
4. чекишни, спиртли ичимликлар ичишни, НЯКВ қабул қилишни тўхтатиш;
5. антацид ва H₂-гистамин рецептори блокаторларини (функционал диспепсиянинг рефлюксеимон ва ярасимон турларида) куллаш;
6. беморларда хеликобактер инфекцияси ашшланганда, унта қарши даво утказиш (ошкозон ва ун икки бармоқли ичак яра касаллиги давоси);
7. прокинетиклар - метоклопрамид (церукал, реглан), домперидон (мотилиум). Улар допамин рецептори блокаторлари гуруҳига қиради ва гематоэнцефал тусиқдан ўтиши сабабли узок вақт ичиб бўлмайди.

Прокинетикларнинг янги авлоди *цизаприд* (препульсид, координакс) холинэргик тизим орқали ўз таъсирини курсатади ва серотонин рецепторларини фаоллаштиради. Кизилунгач пастки жоми тонусини метоклопрамидга нисбатан купрок оширади, унинг перистальтикасини кучайтиради, гастрозофагеал рефлюксни

камайтиради, кизилунгач ичи рН курсаткичини меъда тутати, ошкозон ва ингичка ичакни қисқариш фаолиятини яхшилади. Ошкозоннинг хлорид кислота ишлаб чиқишига, марказий асаб тизимига ва қондаги пролактин миқдорига таъсир курсатмайди. Цизаприд 5-10 мг. кунда 3-4 марта овқатдан олдин буюрилади. Функционал диспепсияда бошқа прокинетиклар таъсир қилмаганда самарали ҳисобланади ва унинг рефлюкссимон, дискинетик ва носпецифик шаклларида кулланилади.

Органик сабабларга қура юзага келган диспепсияни даволаш асосий касаллик муолажалари ва ошкозон фаолиятини яхшилаш ҳамда диспепсия белгиларини бартараф этишга қаратилган бўлиши керак. Симптоматик даво сифатида ошкозон ҳаракатини тиклаш ва диспепсияни йукотиш учун (стенот булмаса) прокинетикларни, шу жумладан, домперидонни (мотилак, мотилиум) куллаш мақсадга мувофиқ.

Домперидон турли дори воситалари таъсирида, азотемия, Паркинсон касаллиги сабабли юзага келган диспепсияларда ҳам ижобий таъсир курсатади. ГЭРК бор беморларда домперидонни куллаш зарда қайнаши, кекириш, ошкозон фаолиятининг бузилиши билан боғлиқ булган белгиларни йукотади, антацидларга ва ошкозонда кислота ҳосил бўлишини сусайтирувчи дориларга эҳтиёжни қамайтиради.

Домперидоннинг терапевтик дозаси - катталарда 10 мг дан 3 маҳал овқатдан 15-30 дақиқа олдин, зарурат булганда кунда 4 маҳал -10 мг кечқурун ухладан олдин, болаларда 20-30 кг тана вазнига - 5 мг кунига 2 маҳал, 30 кг юкори вазнда -10 мг кунда 2 маҳал. Бўйрак етишмовчилигида дорини қамрок

ба дозаларда қабул қилиш тавсия этилади. У ярасиз функционал диспепсияни даволашда ҳам рационал, ҳавфсиз ва самарали дори ҳисобланади.

УАВ фаолиятида диспептик синдром билан мурожаат қиладиган беморларнинг аксариятида гастрозофагеал рефлюкс касаллиги бўлиши эҳтимол юкорилигини инобатга олиб, уни даволаш тамойилларига батафеил тўғрисида

максадга мувофиқ деб топдик ва уни куйида келтирамиз:

- ҳаёт тарзини узгартириш - ухлаганда бошнинг камида 15 см. баландликда булиши; чекиш ва спиртли ичимликлардан воз кечиш, тана вазни ортикча булса камайтириш, огир жисмоний ишларни жармаслик; овкат кабул кдлиш тартибини ва хусусиятини узгартириш, меъеридан ортик ва тунда овкахланмаслик, ундан сунг дархол ёгмаслик, ёгли, аччик; таомлардан, кахда, газли ичимликлар ва сарик, ёг истеъмол килишдан воз кечиш;
- антацид дори воситалари - маалокс, фосфолюгель, алмагель, гастал, сукральфат ва бопщаларни тавсия этиш;
- кизилуигач шиллик; кавати чидамлилигини яхшилаш - вентер (сукральфат) 0,5 г. 1 кунда 4 махал, 1-1,5 соат овкатдан кейин;
- кдаилунгачга ут пастдан юкорига ташланаётган булса, урсодезоксихол кислотаси 250 мг. тунда ёки холестирамин бир чой қошигидан 1 стакан сувда эритилиб, 3 махал;
- H₂ гистамин рецепторларининг блокаторлари - ранитидин 150 мг. 2 махал, фамотидин 20 мг. 2 махал ва бошқалар;
- протон помпа ингибиторлари - омепразол 20-40 мг. кунда;
- прокинетиклар - бетанехол 25 мг. 3 махал, овкатдан 30 дакика олдин (ножуя таъсирлари - бронхоспазм, коринда огрик, ошқозон ширасининг ошириши, сийдик копчаси спазми), метоклопрамид (церукал) 10 мг. 3 махал, овкатдан 30 дакика олдин (ножуя таъсирлари - уйқучанлик, кузгалувчанлик), цизаприд ёки мотилиум 10 мг. кувда 4 махал.
- кайталанишга карши даво - юкоридаги дори воситаларини ушлаб турувчи дозаларда тавсия этиш;
- асоратлар ва алохида курсатмалар жаррохлик усули билан даволаш.

Носпецифик ярали колит - йугон ичакнинг ярали-некрогик зарарланиши булиб, жараён шиллик каватдан бошланади. Одатда тугри ичак пшкастпанади.

- Этиологияси хозирга кадар номаълум, аммо купчилик олимлар

касалликнинг аутоиммун характерда эканлигини таъкидлашади. Ярали колит кам учрайдиган касаллик булиб, купрок; 20-50 ёш оралигида аникланади.

- Касалликнинг клиник кечиши зарарланган соханинг жойлашишига ва чуқурлиги, асоратлар бор ёки йуклигига боглик. Беморлар ич кетишига, кориндаги (йугон ичак сохаси буйлаб) огрикларга, нажасда шиллик ва баъзан конли ажралмалар борлигига, умумий холсизликка шикоят килишади. Касаллик йиллар давомида кечиб, беморлар аксарият холларда асоратлар пайдо булганда шифокорларга мурожаат килишади. Уларда кон кетиш, псевдоиолиплар, ичак стриктураси, перфорацияси, токсик дилятация, органлараро окмалар хосил булиши, хатто малигнизация кузатилиши мумкин. Касалликнинг якуний ташхиси мутахассис - гастроэнтерологлар томонидан ректоскопия, колонофиброскопия, ирригография, йугон ичак микрофлораси, иммунологик ва морфологик курсаткичлар асосида куйилади.

- Ярали колит билан огриган беморларни даволаш мураккаб ва огир муаммолардан бири. Консерватив даволашда куйидаги дори-дармон воситалари-саладопиридазин ёки сулфасалазин, антибиотиклар, коннинг реологик хусусиятларини яхшиловчи ва гармонал препаратлар кулланилади. Асоратлар кузатилганда, беморни жаррохлик булимига ёткизиш лозим. Носпецефик ярали колит йиллар давомида кечувчи касаллик булганлиги сабабли даволаш гастроэнтеролог ва УАВ хамкорлигида олиб борилади.

- **Крон касаллиги** - хазм тизими турли кисмларининг сегментар зарарланиши ва трансмурал гранулематоз булганда, кайталануви билан кечувчи сурункали кайталанувчи касалликдир. Умумий белгилардан диарея, коринда огрик, иситмалаш холлари ва ноаник сабабли камконлик, тана вазнининг камайиши, тизимли белгиларнинг намоён булиши билан характерланади. Кориндаги огрик хуружлари бир неча йиллар давомида ягона белги булиши мумкин. Огриклар

аник жойлашиш нуктасига эга булиб, тана хароратининг фибрил ошиши билан кечиши, фаол даврида баъзан огрикли хосила - абдоминал инфильтрат пайпасланиши мумкин.

- Лаборатор-асбобий текширувда Крон касаллигининг фаол даврида периферик кон, С-реактив оксил, серомукоид текширилганда уткир яллигланиш белгилари, камконлик, диспротеинемия аникланади. Копрологик тахлилда: кон ва шиллик аралашмаси, куп микдордаги эпителиал хужайралар ва лейкоцитлар топилади.

- Эндоскопик текширувда чукур ёриксимон яра-тирналмалар аникланиб, улар ичакнинг барча каватларидан утиши ва турли йуналишларда жойлашиши мумкин. Шиллик каватнинг яра-тирналмалар орасида гиперплазия сохалари ва стриктуралар ҳам характерлидир.

- 'КВП' ва ОПларда копрологик текширувни малакали утказиш куп холларда дастлабки таххисни аниклашга катта ёрдам беради. Аммо УАВ беморда Крон касаллигига шубха булганда, албатта уни ихтисослаштирилган булимга юбориши ва ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, компьютер томография текширувлар утказилишини ва ичакнинг усма касалликлари инкор килиниши керак. Даволаш максидида тавсия килинадиган пархездан асосий максид ичакни механик, кимёвий ва термик таъсирланишлардан эхтиёт килишдир. Юкорида тавсифланган аввал 4, сунг эса 4б-пархез дастурхони тавсия Килинади. Дори воситалар билан даволашда сульфасалазин (олдин 0,5 г.дан кунда 4 марта, кейин дозаси ошириб борилади) ёки салюфальк (кунда

- 3,0 г дан), огир кечишида ва тизимли асоратлар кузатилганда преднйзолон (40-60 мг дан), азатиоприн (касалликнинг огир кечиши ёки бошка дори воситаларининг самараси булмаганда кунига 50-100 мг дан) буюрилади. Бундан ташкари антибиотиклар, диареяга карши ва антигистамин дори воситалари ёрдамида симптоматик даво утказилади. Шу уринда беморлар доимий мутахассис

шифокор ва УАВ кузатувида булишлари лозим.

12- МАВЗУ	САРИКЛИК. ВА ГЕПАТОМЕГАЛИЯ КИЁСИЙ. ТАШХИС. ВОП ТАКТИКАСИ
--------------	---

(Маъруза – 2 соат)

Сариклик – конда билирубиннинг кутарилиши натижасидир.

Сариклик куп касалликларнинг энг дастлабки симптоми булиши мумкин. Масалан, уткир гепатит, ут халта димланишида аввало склера саргаяди, кейинчалик шиллик каватлар, кейин эса кул ва оёқлар проксимал кисмининг териси. Охирида кафт ва товон саргаяди.

Саргайишнинг баландлиги (интенсивлиги) тукималарнинг кон билан таъминлашига боглик, масалан, чандиклар терига нисбатан паст саргаяди.

Сариклик терида билирубинни бошка пигментлар билан богланиб, терини оч-сарик кизгиш тусда буяйди. Кейинчалик билирубин биливердинга айланиши натижасида сариклик кукимтир тусни олади. Сариклик куп турса кора рангни олади. Шундай килиб, сариклик тусига караб касаллик давомлигини аниклаш мумкин.

Яна шуни назарда тутиш керакки, сариклик баъзи каротини бор сабзавотларни кабул килганда пайдо булади. Апельсин, мандарин, кадини куп истеъмол килганда тери саргимтир рангни олади.

Классификация: 2 типда: конда бевосита конъюгированный ва бевосита неконъюгированный билирубин. Иккинчи типи сийдикдаги ут пигментига караб осон ажратиш мумкин. Бу икки типнинг хар кайси бири 2 формага ажратилади: жигарга боглик ва акси.

1. Сариклик богланмаган (не конъюгированный) билирубин билан.

Организмда суткада 300 мг боғланмаган билирубин ҳосил булади. Эритроцитлар бузилиши кучайганда ҳам катталарда борлаларга нисбатан бундай билирубинни организмдан чиқариш йуллари куп.

1. Жигарга боғлиқ бўлмаган (гемолитик) сариклик (неконъюгирован).

Триада: анемия, сариклик, спленомегалия. Периферик конда ретикулоцитлар купайиши, суяк кумиги активлиги кучайишини билдиради. Пешоб анализи ва копрологияда уробилин ва стеркобилин кутарилади. Пешобда билирубин бўлмайди. Гемолитик анемияни аниқлаш қийин эмас, аммо унинг турини аниқлаш бирмунча қийин. Бу учун эритроцитлар ҳаётининг давомлиги (длительность жизни), Кумбс синамаси ва бошқалар керак.

Гемолитик синдром булинади: ирсий (наследственный) ва приобретенный (аутоиммунный) ва келиб чиқиши номаълумга ажратилади.

Ирсий гемолитик анемияда эритроцитларнинг осмотик резистентлиги пасаяди.

Аутоиммун гемолитик сарикликда антителолар мавжуд (иссик ва совук).

Дорилар келиб чиққан гемолитик сарикликда ва эритроцитларда Гейнц таначалари топилади.

Ирсий гемолитик сарикликда сферацитар ва носфероцитар, серповидноклеточная анемия, талассемия, пароксизмал кечки гемоглобинурия киради. Ирсий ва аутоиммун гемолитик анемияларни диф. Диагностикаси қийинлик тугдирмайди.

2. Жигарда боғлиқ боғланмаган билирубиннинг ошиши билан кечадиган сариклик.

Бунда гепатоцитларда билирубин сақланиши ёки уларнинг глюкурон кислотаси билан боғланиши бузилади, натижада конда боғланмаган билирубин купаяди. Бундай узгаришлар қуйидаги касалликларда учрайди:

Жельбер синдроми, Криглер-Найяра (оилавий ногемолитик сариклик чакалоқларда).

Жельбер синдроми гемолитик сарикликдан фарқи талокнинг каттармаслиги, анемиянинг йуқлиги, конда ретикулоцитларнинг нормаллиги.

Бир мунча фарқ қилиш қийинроқ – гепатитдан кейинги гипербилирубинемиядан, ҳамда сурункали гепатит, гепатитнинг кузғалишидан.

Баъзида уткир гепатитдан сунг 6 ойдан 2 йилгача боғланмаган гипербилирубинемия қилиши мумкин. Бу вақти-вақти билан баланд булади (волнообразное течение) купинча алкоголь билан боғлиқ булади, ёки жисмоний, эмоционал зуриқиш билан. Жигар сал катталашган бўлса ҳам, функцияси нормал булади.

Шу билан бирга баъзан соғломларда алкогольдан сунг, эстрогени бор дориворлардан, менструация, хомиладорлик пайтида, баъзи дорилардан (морфин, контраст моддалар) сунг ҳам боғланмаган билирубин конда ошади.

II. Боғланган билирубинли сариклик. (желтуха с конъюгированным билирубином).

Одатда билирубин жигар хужайраларининг микросомаларида юзага келиб, ут капиллярлари орқали 12-бармоқли ичкага тушади. Демак бу хил сариклик хужайралар узини бузишида ёки сабаби жигардан ташқарида бўлиши мумкин.

1. жигарга боғлиқ бўлган боғланган билирубин. Бу жигар ичи холестазис. Уткир инфекцион гепатит. Сариклик продремал даврининг охирида пайдо булади. Бу давр 1-3 кундан 4 ҳафтагача давом этиши мумкин. Уртача 3-5 кун булади. Гепатит А одатда сариклик билан кечса, гепатит В да бемор саргаймаслиги ҳам мумкин. Жигарнинг массив некрози. Купинча вирус гепатитнинг асорати. Шу билан бирга гепатотоксик захарлар ҳам чақиради. Қучли дармонсизлик кузатилади, бош ьогриши, кунгил айниши, қусиш. Сариклик кучаяди, кизгимтир тусиш (охряно-красноватый) олади, жигар пальпацияда юмшайди, қучли огрик пайдо бўлиб, размери кичрая бошлайди. Талок катталигича қолади. Огиздан жигар хиди, геморрагик синдром, шиш ва асцит пайдо

булади. Терминал стадияда азотемия ва олигурия ривожланади. Карийиб 75% холда улимга олиб келади. Терида кичиш, щелочная фосфатаза активлиги кучаяди.

Шу билан биргша сариклик баъзан крупоз пневмонияда, амебиазда, кайталама тифда, герпес ва бошка касалликларда ҳам учрайди. Инфекцион моноклеоз касаллигида ҳам карийиб 5% холда сариклик учрайди. Жигар ва талок катталаши кузатилади. Бир вақтда огир ангина (даволаниш кийин булган) билан кечади. Гепатитдан фаркли саргайиш даврида ҳам иситма давом этади. Лимфаденопатия, спленомегалия, касалликнинг огир кечиши инфекцион моноклеоздан дарак беради.

ТОКСИК ВА ДОРИДАН КЕЛИБ ЧИККАН ГЕПАТИТЛАР. Баъзи дориворлар айникса левомецетин, аминазин, тиазид диуретиклари, цитотоксик препаратлар ва бошка дорилар гепатотоксик таъсири бор. Бундай гепатит вирус гепатитидан клиникаси фарки кам.

Сариклик, тери кичиши, гипербилирубинемия, баъзан артралгия, васкулит, эозинофилия, лейкопения билан кечади. Касаллик холестатик гепатит типига кечади, баъзан механик сарикликдан фарккилиш керак. Андроген гормонлар ҳам баъзан саргайишга олиб келади. Саргайиш одатда даволашнинг 10-15 кундан кейин, баъзан препарат тухтатилгандан 1-2 ойдан кейин ҳам кузатилиши мумкин.

Енгил формаларда билирубин конда нормада булса ҳам, аммо щелочная фосфатаза активлиги юкори булади.

ЖИГАР ИЧИ ХОЛЕСТАЗИ. Вирус гепатитларнинг карийиб 1/3 қисми холестаз билан кечади. 1977 йилда А.Ф.Блюгер вирус гепатитларнинг холестатик формаси борлигини қайд қилган. Одатда бундай гепатитлар сурункали кечади.

Кам ривожланган сариклик 2-6 ойгача сакланиши мумкин. Трансфераза ҳам сал нормадан баланд булади. Сариклик кизгиш рангни, кийинрок кул ранг тусни олади.

Жигар ва баъзан талок ҳам сал каттарган булади. Куп холларда бутунлай согайиб кетиши кузатилади.

Баъзан хомиладорликнинг охирги триместрида гепатитнинг холестатик формаси ривожланади. Бунинг сабаби жинсий гормонларнинг организмда жуда кучайишидан ва организмнинг сезгирлигини ошишидан деб биладилар. Бунда баданнинг кичиши, гипербилирубинемия, СОЭ нинг баландлиги, холестерин ва трансферазанинг ошиши кузатилади. Хомиладорлик бушашининг иккинчи хафтасида сариклик кетади.

БИРЛАМЧИ БИЛИАР ЦИРРОЗ.

Кам учрайди, келиб чиқиши аутоиммун, купинча 30-40 ёшли аёлларда учрайди. Астасекинлик билан бошланиб, асосий симптоми тери кичиши. Бир неча ой, баъзан йиллардан кейин сариклик пайдо булади. 10-20 йилдан кейин ҳам сариклик ривожланган холатлар бор. Беморларнинг ташки қуриниши бакувват, актив, териси кора-сарик. Тери қуруқ, қалинлашган, дагал, кичиш белгилари. Гиперпигментация участкалар, депигментация билан келиши мумкин. Жигарда огрик йук. Жигар нормада ёки жуда каттарган. Ксантомалар кул қафтида, билак бугимида ва бошка жойларда. Конда гипербилирубинемия ва щелочная фосфатаза активлиги. Диагноз қуйиш бучун биопсия муҳим.

КОНСТИТУЦИОНАЛ

САРИКЛИКЛАР. Ротор ва Дабин Жонсон синдромлари 1954 йилда аниқланган. Касаллик балогатга етиш ёшида бошланиб, бир оиланинг бин неча авлодида учрайди. Билирубин қонда 68-100 мкмоль/л дан ошмайди.

Интеркуррент инфекцияларидан кейин хуружланади. Ремиссия даврида сариклик йуқолади. Жигар каттарган, концистенцияси каттиқрок. Транссаминаза, тимол проба нормада, сийдикда ут пигментлари сарикликнинг сабаби билирубиннинг лизосомаларидан то ут каналчалари транспорти бузилиши. Бу касалликларнинг бирламчи билиар-циррозида фарқи гипербилирубинемиянинг жуда баланд

булмаслиги, тери кичишининг булмаслиги. Бундай касалларда жигар циррози ривожланмайди.

ЖИГАРНИНГ БИРЛАМЧИ РАКИ.

Сарик ва жигарнинг юкорига, олдинга, пастга караб каттариши.

1. Диагноз куйишда УЗИ, сканерлаш, лапароскопиянинг ахамияти катта.

2. Механик сариклик. Буни ут йулларининг тоши, меда ости безининг раки, уткир панкреотит, жигар кисталари, ут йуллари усмаси, холангит каби касалликлар чакиради.

Механик сариклик жигар колекасининг бошланишида 1 суткадан кейин пайдо булади. Жигар колекаси одатда иситманинг кутарилиши, эндоскопия

(фатир. Сосочкаси) холангиография ахамияти катта.

ХОЛАНГИТ. Сариклик асосан аёлларда кузатилади. Сабаби жига рва меъда касалликлари, ичак таёкчаси, лямблиоз, обисторхоз, шиштосамоз, ут йуллари усмаси, ут тош касаллиги ва бошқалар.

Холангит хама вақт ҳам сариклик билан кечмайди. Булса ҳам 1/3 қисмда купинча кечки босқичида. Иситма лдоимий булиши мумкин, ваража, каттик терлаш билан кечади. Лейкоцитоз 15-20 гача, СОЭ кутарилиши, сепсис холати. Сариклик билан унғ қовурға остида оғрик пайдо булади. Бир вақтда щелочная фосфатаза қонда қупаяди. С-порциясида қуп микдорда лейкоцитлар ва эпителиялар. Холангиографияда ут йулларининг стенози кузатилади.

Жигар сариклиги кузатиладиган

касалликларни дифференциал

диагностика қилиш

- гепатитлар вирусли А,В,С,Д,К, дорили. Токсик ағқоғолли ва жигар циррозлари.

- инфекцион касалликлар лептозпироз, сарик иситма, инфекцион моноклиоз, сальмонеллез, эпидемик паротит, бруцеллез, сепсис.

- парочитар касалликлар: обисторхоз, фебриоллез, асқоридоз, эхинококкоз, амфибиоз, лямблиоз, токсоплазмоз.

Жигар сариклигида гепатоцитлар зарарланиши натижасида билирубин глюкурон кислотаси билан боғланиши ва ут йулларида билирубин глюкуронит қуринишида ажралиши пасаяди.

Қон эркин ва боғланган билирубин ошади. Сийдикда боғланган билирубин пайдо булади, шунинг учун сийдик ранги тусланади. Ахлатда пигмент қамаяди. Тери ранги қизқич сарик рангда булади. Тери қичиши қам қузатилади.

Гепатитлар:

1. гепатит А-РНК сакловчи вирус томонидан чақириладиган жигарнинг яллиғланиши. Қасаллик энтерал йул билан юқади. Одатда уз- узидан тузалади. Инкубацион давр 15-45 қун. 1 қлиник белқилари ошқозон ичак бузилиш симптомлари ва «гриппсимон» симптомлар билан бошланади ва қупинча иситма қузатилади. Сариклик тез ривожланади, сариклик пайдо булиши билан беморнинг ахволи яхшилана бошланади.

Диагнози: қонда специфик антители ВГА – 1 gM титри ошади.

Гепатит В –ДНК тутувчи вирус томонидан чақирилади, одамдан одамга вертикал ва перинатал юқади.

Бу қасалликдан сариклик пайдо булиши билан беморнинг ахволи яхшиланмайди, аксинча ёмонлашиши мумкин. Баданнинг сарғайиши 2-3 ҳафта давомида қупайиб боради. Беморларда иситма қузатилмайди.

Диагноз: қонда специфик антителилар топилади.

Гепатит С-1 ипчали РНК сакловчи сферик вирус томонидан чақирилади. Юқиши парентерал ва нопарентерал (жинсий алоқа, перинитал трансплантация).

Сариклик 20% беморларда қузатилиши мумкин. Гепатит С енгил кечади, сариклик даври уртача интоксикация билан утади, иситма булмайди.

Диагноз: специфик антитела топилади.

Гепатит Д – делта вирус алоҳида қасаллик чақирмайди, қачонқи гепатит В

вируслари юккан булса касаллик чакиради. Гепатит В клиникасига ухшайди. Сариклик пайдо булгандан сунг 15-32 кунлари касаллик кучаяди.

Гепатит-Е РНК сакловчи вирус томонидан чакирилади. Юкиши фекал-орал. Касаллик енгил утади ва уз-уздан тузалади. Хомиладорларда эса огир утади. Клиникаси гепатит А га ухшайди. Жигар сохасида огрик булади. Сариклик пайдо булгандан кейин маълум вақт интоксикация белгилари ва унг ковурга ёйи остида кучсиз огрик булади.

Даволаш: 1. Витаминлар; 2. Анаболик стероидлар; 3. Кортикостероид гармонлар; 4. Гепатопротекторлар.

2. Токсик гепатит.

Гепатотоксик моддалар.

1. хлорланган углеводородлар;
2. хлорланган нафталин ва дифениллар;
3. бензод, унинг гомологлари ва унумлари;
4. баъзи металл рва металлоидлар.

Беморда диспептик симптомлар кузатилади. Касалликнинг енгил ва уртача формаларида кучсиз, утибкетувчи сариклик кузатилади, огир формаларида сариклик интенсив булади ва геморрагик синдром билан бирга юзага чикади. Токсик гепатитнинг умумий белгиларидан ташкари у ёки бу захарли моддага тегишли специфик белгилар пайдо булади.

Масалан, тринитротолуол билан захарланган-апластик анемия, катаракта, нерв системаси функцияси бузилиши кузатилади.

Инсектицидлар билан захарланганда- нерв тукумаси ва паренхиматоз органлар зарарланади (полирадикулонефрит, миокард ва буйрак зарарланиши, гипохром анемия, лейкопения).

Даволаш: 1. захарнинг организмга тушишини тухтатиш; 2. антидотли терапия; 3. витаминотерапия (В₁, В₆, С); 4. гормонотерапия.

3. Дорили гепатит.

Силга Карши дори воситалар, психотроп воситалар (аминазин), сульфаниламидлар, антибиотиклар: (пенициллин, тетрациклин), яллигланишга Карши воситалар (бутадион), гормонал

препаратлар, наркотиклар (галотан) дорили гепатит чакириши мумкин.

Масалан, аминазин аллергик холестатик гепатит чакиради. Препаратга реакция унинг дозасига боглик эмас, битта таблетка хам гепатит чакириши мумкин. Продромал давр 4-5 кун булади ва аллергик белгилар билан утади. Беморда тери кичиши пайдо булади, кейин эса сариклик кушилади. Сариклик интенсивлиги хар хил булади. Сариклик 1-4 хафта сакланади.

Андроген гормонал ва анаболик стероидларни узок куллаганда хам оддий холестас чакиради. Сариклик даволашнинг 10-15 кунлари ёки препарат бериш тухтатилгандан кейин 1-2 ойдан кейин пайдо булади. Сариклик интенсив булади ва 2-4 хафта сакланади. Жигар катталашади, тери кичийди.

Даволаш: 1. препарат беришни тухтатиш; 2. жигар хужайраларида моддалар алмашинувини яхшилаш; 3. глбкокорткоид гармонлар.

4. Алкоголли гепатит.

Беморда диспептик белгилар, тана харорати ошиши, ориклаш кузатилади. Баъзан унг ковурга ёйи ости сохасида огрик булиши мумкин, сариклик ри вожланади.

Диагноз: 1. намнез; 2. конда лейкоцитоз, ЭЧТ ошади, АЛАТ, гаммаглобулин микдори ошади, альбумин микдори камаяди. 3. жигар биопсияси энг ишончли диагностик мезон хисобланади.

Даволаш: 1. алкоголь истеъмол килишни тухтатиш. 2. витаминотерапия. 3. аминокислоталар.

5. Жигар циррозлари.

Микронодуляр (портал) цирроз.

Бу циррозда сариклик эрта белги хисобланмайди. Бу касалликда беморларнинг 1/3 кисми ёки 1/2 кисмида сариклик ривожланади. Купгина касалларда сариклик кучсиз ва уртача ривожланган булади. Портал циррозда сариклик пайдо булиши касалликнинг огирлигидан далолат беради. Циррознинг охирги боскичларида жигар етишмовчилиги ривожланганда сариклик анча кучли булади. Ошкозон ва кизилунгачнинг кенгайган веналардан кон

кетганда сариклик янада интенсив булади. Беморнинг жига рва талогги катталашади. Териси кичийди, ахлати пигментли булади.

Макронодуляр (постнекротик) цирроз.

Макронодуляр жигар циррозида сариклик жигар зарарланишининг асосий белгиларидан бири ҳисобланади. 70-80% беморларда сариклик учрайди. Сариклик ҳар хил интенсивликда булади. Касалликнинг бошланишида у доимий бўлмайди. Охирги боскичларда эса доимий булади. Касалликни уткирлашув даврида аник ифодаланган сарикликнинг пайдо бўлиши ёмон прогностик белги ҳисобланади. Ремиссия даврида сариклик тулик йуқолмайди. Склера саргайиши, терининг бироз сариклиги сакланиб қолади. Жигар ва талок катталашади. Ахлат тулик пигментсизланмайди.

Диагноз: 1. клиникаси, 2. пункцион биопсия, 3. УТТ, КМТ.

Даволаш: 1. диуретик, 2. витаминлар, 3. кортикостероидлар, 4. гепатопротекторлар (эссенциал).

Инфекцион касалликлар:

1. Лептосфероз. (Васильев-Вейл касаллиги).

Лептосфероз - бу одам ва сут эмизувчиларга учрайдиган табиий учокли инфекцион- септик касалликдир.

Касаллик уткир бошланади. Беморла юкори харорат, миалгия (болдир мушаклари огриши патогномик белги ҳисобланади), артралгия кузатилади. Беморнинг юзи гимеримиялашган булади, конъюктива ва склера кон томирлари кенгайди, лабларига учук тошади, баъзан менингиал белгилар ҳам пайдо булади. Касалликнинг 4 кундан геморрагик диатез белгилари пайдо булла бошлайди, 4-8 кундан бошлаб сариклик пайдо булади, 9-10 кунлари кучаяди, касалликнинг 20-30 кунларигача аста-секинлик билан юқолади. Сариклик пайдо бўлиши бу касаллик огирлигининг жиддий белгиси ҳисобланади. Жигар катталашади, баъзан талок ҳам, буйрак зарарланиши ҳам кузатилади (протеинурия, анурия, олегоурия, сийдик кислотасининг конда купайиши).

Диагностика

1. конда гипохром анемия, нейтрофил лейкоцитоз, баъзан анэозинофилия, тромбоцитопения. Кон биохимиявий курсаткичлари: АЛаТ, АсаТ, ишкорий фосфатаза активлиги ошади.

1. микроскопик

2. серологик реакция (КБР, БГР)

Даволаш: 1. антибиотиклар (пенициллин, тетрациклин); 2. дезинтоксикация. 3. диуретиклар, 4. кон томир утказувчанлигининг яхшиловчи воситалар, 5. ангиостомин препаратлар, 6. аналгетиклар, 7. огир кечганда глюкокортикоидлар.

Сарик иситма- бу Б гуруҳ арбовируслар чакирадиган уткир инфекцион касаллик. Инкубацион давр 3-9 кун. Касаллик тусатдан тана харорати кутарилиши, бош огрик, кунгил айниш, қусиш билан бошланади. Купчилик ҳолатларда геморрагик диатез белгилари ривожланади. Сариклик гепатолигенал синдром касалликнинг 3-4 кундан ёки кечи билан 7 кундан бгошланади. Сариклик бу касалликнинг асосий белгиси ҳисобланмайди ва сарикликнинг интенсивлиги касаллик огирлигида боглик эмас.

Диагностика: 1. конда лейкоцитоз 4-5 кунлада лейкопения билан алмашади, ахлат нормал пигментли булади.

2. сийдикда, альбуминурия, гематурия, гемоглобинурия кузатилади.

3. биологик (вирусни ажратиш).

Даволаш: специфик даволаш йук. Профилактика учун вакцинация утказилади.

Инфекцион мононуклеоз-бу вирус табиатли уткир инфекцион касаллик бўлиб, лимфа тугунлари зарарланиши ва умумий рейтикулогистостидлар реакция билан утади.

Касаллик одатда иситма билан бошланади. Беморнинг томоги огрийди, лимфа тугунлари катталашади (айниқса m.sternocleidomastoideus нинг орка киррасидаги лимфа тугунлари) 5-10% беморларда сариклик булади, терининг

саргайиши 5-10 кунларда пайдо булади. Тери кичиши кузатилмайди.

Диагностикаси; 1. аминотрасфераза активлиги ошиши. 2. лейкоцитоз, моноцитоз, аципикмононуклиарлар пайдо булади. 3. Паул-Буннел реакцияси.

Даволаш : специфик даволанмайди.

Сальмонеллез

Сальмонеллез бу Сальмонелло гурухига кирувчи микроорганизмлар чакирадиган касаллик.

Касаллик инфекцияланган овкат махсулотлари (гушт, балик, сут) истеъмол килингандан кейин ривожланади. Инкубацион даври 6-24 соат ккасалликнинг асосий белгилари иситма, кунгил айниши, ич кетиши.

Сальмонеллезли токсик гепатитда сариклик ошкозон-ичак функциялари бузилишидан кейин ривожланади. Сариклик ичак интоксикациясининг давомийлиги ва даражасига боғлиқ булади.

Даволаш: 1. антибиотик, 2. дезинтоксикация, 3. сув-электролит алмашинувини нормаллаштириш, 4. гепоксемия ва метоболик ацидозга Карши кураш.

Эпидемик паротит-бу филтирланувчи вирус томонидан чакириладиган утир инфекцион касаллик. Хаво- томчи йули билан юкади ва кулок олди сулак безларини зарарлайди. Инкубацион давр 11-21 кун. Беморда юкори харорат (38-39⁰C) бош огрик, холсизлик булади, касалликнинг 2-3 кунлари кулок олди безлари шишади. Касаллик огир кечганида сариклик кузатилади.

Даволаш: Антибиотиклар.

Бруцеллез-одамларга хайвонлардан юкадиган ва купинча сурункали давом этадиган инфекцион аллергик касалликдир. Касалликнинг уткир боскичида иситма, артралгия билан бирга жига рва талокнинг катталашиши, баъзан тер ива склеранинг саргайиши кузатилади. Жигар ва талок катталашади. Баъзан геморрагик синдром ҳам пайдо булади.

Диагностика: 1.конда лейкопения, лимфа, моноцитоз, нейтропения. 2. Рейт Хедделсон реакциялари, 3. Бюрненинг тери ичи аллергик синдромлари мусбат.

Даволаш: 1. антибиотиклар, 2. вакцинотерапия, 3. Бруцеллиотерапия, 4. симптоматик.

Сепсис. Беморларнинг 2/3 қисмида сариклик ривожланади, сариклик пайдо булиши ёмон прогноздан далолат беради;

Даволаш. 1. антибактериал, 2. дезинтоксикация.

Парацитар касалликлар:

Описторхоз-жигар ичи ут йуллари, ут пуфагида ва ошкозон ости бези йулларида паразитлик килувчи мушук сургичлиси чакирадиган касаллик булиб, у билан одамлар ва хайвонлар касалланади. Касаллик яхши пиширилмаган балик ёйиш натижасида юкади. Касаллик сурункали утади. Уткирлашув даври учун огрик синдроми хос. Огрик баъзан жигар санчиги сифатида утади. Огрик унг ковурга ёйи остидла эпигастрал сохадс булади. Унг елка, куракка, оркага, иррадиация беради. Чап ковурга ёйи ости буйлаб ҳам огрик булиши мумкин. Сариклик кучсиз булиб, факатгина касалликнинг уткирлашув даврларида кузатилади ват ери кичиши билан утади. Жигар, талок катталашади.пальпацияда ут пуфаги сохаси огрикли, ут пуфаги катталашган булади.

Диагностика: 1. кон лейкоцитоз, ЭЧТ ошади, эозинофилия, 2. дуоденал суюкликда ва ахлатда тухумлари тоъпилади.

Даволаш: холоксил 3,5-4 г/сут. Овкатдан сунг ичишга, 2-5 кун давомида.

Фасциоллез-жигар сурувчисининг ут йуллари в аут пуфагида паразитлик килиши натижасида келиб чикадиган касаллик булиб асосан корамоллар, кам холларда одамлар ҳам касалланади.

Касалликнинг сурункали боскичида эпигастрал сохада, унг ковурга ёйи сохасида доимий ёки хуружсимон огрик булади в аут пуфаги катталашиши, тана харорати ошиши кузатилади. Бу огрик хуружлари бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади. Бу хуружлардан кейин сариклик пайдо булади. Жигар катталашади. Касаллик узок давом этгшанда жигарнинг функционал етишмовчилиги доимий сариклик ва макроцитар анемия билан бирга кечади.

Диагноз: дуоденал суюклик ва ахлатда тухумлари топилади.

Даволаш: Хлоксил, эменит гидрохлорид, гексахлорэтан, иккиламчи инфекция кушилса – антибиотиклар ва симптоматик.

Аскаридоз. Касаллик кузгатувчиси. Жигар ва ут йулларини аскарида кам зарарлайди. Касалликнинг иккинчи боскичида аскаридалар ут йулларига кириб, яллиглантиради ва майда абсцесс учоклари ҳосил булишига олиб келади.

Беморнинг эпигастрал соҳасида ва унг ковурга ёйи ости соҳасида уювчи огрик булади, жигар катталашади ва сариклик пайдо булади.

Диагноз: 1. конда эозинофилия, лейкоцитоз, ЭЧТ ошади.

2. дуоденал ширада ва ахлатда аскарида тухумлари топилади.

Даволаш: минтезол 50 мг/кг кунига, вермокс 100 мг дан кунига 2 марта, левомизол, кетракс ишлатилади.

Жигар эхинококкози – бу Echinococcus granulosus ёки Echinococcus multilocularis паразитларининг личинка даври чакирадиган касаллик булиб, одамларда ва хайвонларда учрайди.

Касаллик бошлангич даврида сариклик даврий равишда пайдо булиб туради ва сариклик даври бемор ахволининг ёмонлашуви билан кечади. Кейинчалик сариклик даври чузила боради. Ремиссия даврлари камая боради. Тери кичийди, ахлат пигментсизланади.

Диагностика: 1. УТТ, 2. рентгенологик текшириш, 3. Аллергик синамалар.

Даволаш: хирургик.

Амёбияз - амёбалар кузгатадиган, беморнинг йугон ичагида яралар пайдо булиши ва баъзи турли органларда абсцесслар ривожланиши билан таърифланадиган, купинча сурункали давом этадиган касалликдир.

Касаллик аста-секин бошланади. Беморнинг корни огриб, бир кунда 3-4 марта суюк ичи кетади. Кетма-кет кучаник безовта килади, ахлатда шилимшик, йиринг ва кон булади. Сурункали формасида бу белгилар кайталаниб туради.

10-15% беморларда сариклик аникланади, кам ҳолларда сариклик интенсив булади.

Амёба этиологияси жигар абсцессларида сариклик абсцессининг жойлашган жойига, уларнинг микдорига ва катталашишига боғлиқ.

Диагностика: 1. Ахлатни микроскопда текшириш, 2. ректоскопия, 3. Рентгенологик.

Даволаш: 1. Ятрен, дийодохин, фазижин, хингамин, фурамид, 2. Витаминлар, 3. Хирургик.

Сурункали вирусли гепатитлар в, с, д вируслари таъсири оқибатида ривожланади ва тургун гепатоспленомегалия, гиперферментемия, гипер- гамма-глобулинсемия, диспротеинемия каби белгилар кузатилади.

сурункали гепатитгаарнинг классификацияси

1994 йил лос-анжелесда қабул қилинган.

этиологияси ва патогенеза буйича:

- сурункали в, суд вирусли гепатитлар;
- ноаник сабабли вирусли гепатит;
- криптоген сурункали гепатит;
- аутоиммун сурункали гепатит -1- ii -iii типлари;
- дорилар таъсиридаги гепатитлар.

фаоллик даражаси:

- минимал;
- енгил намоён бўлган;
- уртача даражадаги;
- яққол намоён бўлган.

босқичи:

- фиброзсиз;
- 1- енгил намоён бўлган портал фиброз;
- 2- уртача даражадаги портал септал фиброз;
- 3- яққол намоён бўлган марказий портал септал;
- 4- портал гипертензия ва жигар етишмовчилиги оғирлиги баҳоланувчи жигар циррози.

даври:

- репликация;
- интеграция.

Сариклик синдроми фаоллиги урта ва юкори даражада бўлган сурункали гепатит учун ҳос, бундан ташқари томир юлдузчалари - телеангиоэктазиялар, пальмар эритемасини куриш мумкин.

Айрим холларда бурундан кон кетишлар, экхимоз, петехияли тошмалар, жигар ва талокнинг сезиларли даражада катталашганлиги аникланади. Жигар одатда катталашган, огрикли. Ушбу белгиларни шартли равишда астено-вегетатив (кувватсизлик, рухий тушкунлик), дйсцептик (иштаханинг пасайиши, кунгил айниши, баъзан кайт килиш ва ич кетиши), холестаз (тери кичиши, сариклик, пешобнинг корайиши, нажаснинг окариши), кичик буйрак етишмовчилиги белгилари (уйкучанлик, мйлклардан кон кетиши, танада кукаришлар пайдо булиши) синдроми гурухдарига ажратиш мумкин. Кон зардобиди жигар-хужайра ферментларининг юкори фаоллиги, яккол диспротеинемия, тимол синамаси ва гамма-липопротеидлар курсаткичи ортиши, протромбин индекси ва сулема титрининг сусайиши доимий равишда аникланади. Юкори фаолликка эга сурункали вирусли гепатит одатда узок муддат давом этиб, жигар циррози шаклланиши билан якунланиши мумкин. Сурункали гепатитлар куп холларда холестатик синдром билан биргаликда кечади. Асосий белгилари - сариклик, кичишиш, терида доғлар пайдо булиши, ксантомалар, диспептик ҳолатлар, жигар ва талокнинг бир оз катталашуви, терининг кичишиши натижасида тирнок излари колганлиги, уйкусизлик. Конда холестерин, ут кислоталари, ипщорли фосфатаза микдори ортади.

“сурункали гепатит” ташхисини куйиш учун асбобий-текширув усуллари, жумладан, жигар утг утказиш зарур. Якуний ташхис куйишда сурункали гепатитнинг фаоллик даражасини аниклаш учун жигар биопсияси ва унинг хужайраларини текширишни амалга ошириш лозим.

Вирусли гепатитга чалинган бемор аникланган холларда умумий амалиёт врачлари тактикаси

(утқир гепатит ташхиси клиник-биокимёвий ва серологик текширувлар асосида куйилади, огирлик даражаси эса қабул қилинган тасниф буйича баҳоланади. Унга чалинган барча беморлар

юкумли касалликлар шифохонасида даволанишлари шарт. Истисно тарикасида гепатит а нинг енгил, сариксиз шакллари (уз.респ.свннинг 2000 йилдаги 560-ракамли буйругига асосан), асоратларсиз кечганда (врач ташхисининг тугри эканлигига шубҳа булмаган холларда) ва беморга гула-туқис парҳез ҳамда парвариш таъминланганда, кузатув уй шароитида олиб борилиши мумкин. Гепатит а билан хаста бемор учун уй шароитида ярим ётоқ тартиби ва гула-туқис 5-парҳез дастурхони яратилиши етарли ҳисобланади. Таом кам микдорда, тез-тез қабул қилиниши, суюқлик микдори етарлича булиши лозим. Ич келиши ҳар куни мунтазам равишда булмоғи шарт. Баъзи холларда гепатопротекторлар (фосфоглив 1 капсуладан кунда 3 марта, 1 ой мобайдида, карсил ва бошқалар) буюрилади,

Касаллик урта-огир ва огир шаклларида кечганда, беморларга умумий захарланишга қарши инфузион терапия талаб этилганлиги сабабли, улар

Шифохонада даволанишлари зарур. Парентерал гепатитларда (айниқса,, вгв да) жараён огир кечиши ва сурункали шаклга утиш эҳтимоли юқорилиги ҳисобга олиниб, беморлар юкумли касалликлар шифохонасида даволанишлари шарт. Камдан-кам холларда, вгв фульминант шаклларида (жигар комаси эрга ривожланиши) беморни касалхонага юбориш олдида тезкор ёрдам курсатиш талаб этилади. Рухда кузғалиш холларида седуксеннинг 0,5% эритмаси 3-4 мл мушак орасига ёки 50-100 мг натрий оксидутирати 1 кг тана вазнига глюкозанинг 5% эритмасида в/и томчилаб юборилади. Шу уринда беморга курсатиладиган ёрдам уни шифохонанинг интенсив даволаш бўлимига уз вақтида ётқизишга тусқинлик қилмаслиги лозимлигини уав эсда тутиши керак. Касаллик профилактикасига парентерал муолажаларни имкон қадар чегаралаш, бир марта куллаш учун мулжалланган тиббий асбоблардан фойдаланиш, хавфли гуруҳда кон билан алокани бартараф этиш каби тадбирлар қиради. Гепатит в га қарши эмлаш режа буйича уч мартаба (чакалоқлар тугилган вақгда, 1 ва 6

ойлишда) амалга оширилади. Иммуитет беморларнинг 95 - 97 % да камида 5-7 йил мувдатга шаклланади.

Сурункали вирусли гепатит в, с ва д ни даволаш одатда кэп ва оп шароитида олиб борилади. Фаоллик жараёни мавжуд булса, беморлар юкумли касалликлар шифохонасида гепатитга чалинган беморлар ётадиган булимларда ёки махсус гепатология марказларида олиб борилиши керак. Бемор уйда булган даврда уав мутахассис тавсияларининг бажарилишини назорат килиб бориши лозим.

Ўзбекистон республикаси согликни саклаш вазирлигининг 560-буйругига асосан, вирусли гепатит билан касалланган беморлар диспансер кузатувида туришлари керак. Вгада назорат текшируви бемор даволанган шифохона врач томонидан уйга рухсат берилгандан 1 ой муцдат утгандан сунг амалга оширилиши керак. Согайиб бораётган беморда биринчи назорат текшируви вактида клиник ва биокимёвий текширишларда узгаришлар аникданмаса, уларни диспансер кузатувидан чиқариш мумкин. Шифохонадан рухсат берилгандан сунг беморлар 2-4 хафта мобайнида вактинча меҳнатга яротсиз хисобланадилар.

Парентерал гепатитларда (вгв, вгс, вгд,) ҳам илк текширув вга каби булиб, кайта назорат оп ёки кш1 врач томонидан 3, 6, 9 ва 12 ойларида амалга оширилади.

Вга билан хаста бемор билан алоқада булган шахслар устидан 35 кун мобайнида назорат урнатилади ва улар хар куни куздан кечирилади (тана хароратини улчаш, пешоб, склера, тери ранги узгариши, жигар улчамлари ва б.к) ҳамда хафтада бир маротаба конда алт микдори аникланади. Хомиладор аёлда вге га гумон тугилган холларда, дархол юкумли касалликлар шифохонасига йуланма берилади.

Халкнинг иктисодий-ижтимоий шароитини яхшилаш ва аввало ахоли учун ичимлик суви олинадиган хавзаларнинг нажас билан ифлосланишининг олдини олиш чораларини куриш вге нинг асосий

«Профилактикаси хисобланади. Шунингдек, вга га карши каратилган санитария-гигиена тадбирлари вге профилактикаси учун рам кумак беради. Афсуски, хозирча вге нинг олдини олишга каратилган махсус профилактика чоратадбирлари ишлаб чиқилмаган.

13- МАВЗУ	ИЧАКЛАР ДИСПЕПСИЯСИ. ДИСБАКТЕРИОЗ. СУРУНКАЛИ ЭНТЕРИТЛАР ВА КОЛИТЛАРНИ ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИ. УАВ ТАКТИКАСИ
--------------	---

(Маъруза – 2 соат)

Мавзунинг вазифалари:

1. Диарея таърифи турларини тушунтириш
2. Ичаклар диспепсияси асосий симптомлари
3. Маласорбция ва малдигистия тушунчасини бериш
4. Диарея билан кечадиган касалликларни таърифлаш
5. Касалликларда киёсий таххис утказиш
6. Дисбактериоз тушунчасини бериш
7. Копрология ва ахлат экмасини тахлил этиш

Кургазма куруллари.

Таблицалар, слайдлар, оверхит: диспепсия турлари, мальдигистия, маласорбция критериялари.

**Машгулотнинг мазмуни
МУАММОНИНГ МУХИМЛИГИ**

Кейинги ун йилликларда ичак касалликлари муаммоси дуне микесидида адабиетларда кенг мухокама килинапти. Бунинг сабаби ушбу касалликларни кенг тарқалганлиги, айникса иссик иклим шароитида. Шу билан бирга, ичак касалликлари кайталаниш ва кузишга мойиллиги билан ажралиб туради, одатда узок муддат кечади ва аксарият беморларнинг иш қобилятини пасайтиради еки уларни меҳнатга батамом

лаекатсиз килиб куяди.

Ичак зарарланишининг асосий белгиси диарея хисобланади. Диарея ахлатнинг суткасига 2 мартадан куп ажралишидир. Бу ичакларда сув ва электролитларнинг сурилишини бузилиши, шиллик моддасининг куп микдорда ажралиши, перистальтиканинг кучайиши натижасида овкат моддаларнинг ичаклар буйлаб утиши тезлашиши сабабли юзага келади. Давомийлиги 2 хафтагача булган ич кетиш - уткир, 2 хафтадан куп еки кайталаниб кечадигани - сурункали хисобланади. Хозирги даврда ичбуруг тиф ва паратиф, ҳамда шунга ухшаш касалликлар камайиб ахоли уртасида узок вахт меҳнатта лаекатлиликни йукотишга олиб келувчи ичакларнинг носпецифик зарарланиши тобора купайиб бораёпти. Шу бидан бир каторда меъда ахилияси, ут йуллари ва меъда ости беzi касалликлари, тугма ва орттирилган энзимопатиялар, моддадар алмашинуви бузилиши ҳам диарея билан кечади. Ўзбекистон иклими, урф - одатлари, овкатланиш хусусиятлари, дисбактериоз касаллиги кечишини огирлаштиради. Диарея чакирувчи касалликлар табиатини урганиш учун организмнинг иммунологик хусусиятини, ичакларнинг хазм килиш ва сурилиш функцияси бузилишини, микрофлоралар таъсирини ва бирмунча ечилмаган муаммоларни аниклаш муҳимдир.

Ичак фаолиятини бузилишининг умумий белгилари: ич кетиши (суюк, баъзан шиллик, йиринг, кон аралаш); шаклланган ахлат билан ич кетишининг алмашилиб туриши; ич кетишга сохта истак (тенезм); коринда огрик (патологик жараён жойлашувига ва аксарият, овкатланиш характериға боглик); корин дам булиши, кулдираши, куйилиш сезгиси; озиб кетиш; умумий дармонсизлик; иш кобилиятининг пасайиши.

Гиперсекретор диарея: Бундай холат ичак бушлигида суюклик ва электролитлар секрецияси кучайганда ёки ичакларнинг суриб олувчи кобилияти пасайганда юзага келади.

Купгина холларда секрециянинг кучайишига ичаклар шиллик каватидаги хужайраларда аденилатциклаза - ЦАМФ

системаси активацияси сабаб булади. Аденилатциклаза - ЦАМФ системасини холера вибриони токсини, *Escherichia coli* нинг термолабил токсини, *Salmonella* ларнинг энтеротоксини ва вазоактив интестинал полипептид активлаштиради.

Шуниндек бу системани *Escherichia coli* нинг термостабил токсини, бошқа бактериал энтеротоксинлар (масалан, *Clostridium perfringens*, *Pseudomonas aeruginosa* ва *Klebsiella pneumoniae* томонидан ишлаб чиқарилувчи) фенолфталиен ва канақунжут мойи таъсирида ҳам ошади.

Сурункали гиперсекретор диарея куйидаги холларда кузатилади:

1. Панкреатит вабо синдромида - вазоактив интестинал полипептид секрецияси ошиши таъсирида.
2. Калконсимон безнинг медулляр карциномасида, бунда кальцитонин секрецияси ошади.
3. Карциноид синдромида - серотонин секрецияси ошиши туфайли юзага келади.
4. Тугри ичакнинг ворсинкасимон аденомасида. Бунда ахлат осмотик босими кон осмотик босимидан кам. Ахлат сувсимон, жуда куп, баъзан яшил рангда булади.

Гиперосмоляр диарея: Бу диарея ичакда сурилмаган моддалар булиши ва шу моддалар таъсирида суюклик ва электролитларнинг иккиламчи ажралиб чиқиши натижасида юзага келади. Бундай моддалар сифатида лактоза, сургичлар (масалан магний цитрат ва натрий фосфат) ва сурилиш жараёни бузилган беморларда овкат махсулотларини курсатиш мумкин. Бундай холларда ахлатнинг осмотик босими, кон плазмаси осмотик босимидан баланд булади. Ахлатда куп микдорда суюк ва ярим парчаланган овкат колдиклари билан булади.

Гипер- ва гипокинегик диарея: Ичаклар перистальтикасининг бузилиши турли механизмлар билан тушунтириладиган диареяни чакариши мумкин.

1. Ингичка ичакнинг гиперперистальтикаси сабабли ичакка ортикча микдордаги суюклик ва тулик хазм булмаган овкат колдиклари тушади, бу эса диареяга олиб келади.

2. Сусайган перистальтика эса бактерияларнинг жуда хам куп усишига олиб келади ва ут кислоталари тузлари деконъюгациясига сабаб булади. Бунинг окибатида иккиламчи мальадсорбция синдроми юзага келади ва диарея ривожланади.

3. Чамбар ичакнинг гиперперистальтикаси сабабли кур ичакка тушувчи суюкликларнинг суриб олинис вакти камайти ва жуда кам кисми суриб олинади (нормада 90% суюклик суриб олинади) ва бу ич кетишига сабаб булади.

4. Диабетда, ичак синдромида, ваготомиядан кейинги холатда, карциноид синдромда ва гипертитреозда перистальтиканинг узгариши диареяга сабаб булади.

Бунда ахлат осмотик босими, Кон алмашинувининг плазмаси осмотик босими билан бир хил булади. Ахлат суюк ёки буткасимон ва камрок микдорда булади.

Ичак диспепсияси турларини аниклаш

Диспепсия турлари	Клиник белгилар
1. Бижгиш диспепсия	Кориндам булиши, кулдираш, куйилиш сезгиси; куниксимон оч рангдаги ахлат
2. Чириш диспепсия	Тук рангдаги бадбуй ахлат
3. Егли диспепсия	Оч рангдаги лойсимон ахлат

3. Асосий симптомлар манзараси.

а. Ичакда овкат моддалар хазмининг бузилиши (мальдигестия).

Бунда ичак мембранасида ва бушлигида овкат хазм килувчи ферментлар етишмаслиги сабаблари, овкатнинг хазм килиш функцияси бузилади. Натижада бижгиш ва чириш диспепсияси ривожланади. Мальдигестия дисбактериозда, тугма энзимопатияларда, энтеритлар ва бошка ингичка ичак касалликларида учрайди.

Клиник белгилар	
1. Ич кетиши	Суюк, шаклланмаган булиши мумкин.
2. Метеоризм	Ичакларда газ тупланиш иккинчи ярмида ва к
3. Коринда огрик	Чапда, киндик атрофида корин бушагандан ва

б. Ичакда овкат моддалар сурилишининг бузилиши (мальадсорбция).

Бунда ингичка ичакда адсорбция процеси бузилган булади. Дисбактериоз, ичак резекцияси, лимфогранулематоз, лимфосаркома ва бошка патологик холатлар ичак сурилишининг бузилиши билан кечади.

Симптомлар	
Дармонсизлик, озиб кетиш, иш кобилиятининг пасайиши	
Тери куруклиги, унинг юпка тортиши, сохасида ва кул панжалари бугимлари гиперкератоз, гиперпигментация, тирноқ булиши, экзема.	
Липо- ва диспротеинемия	
Холестерин, бета – липопротеидлар кур узгариши	
Гипокалиемия, гипоантриемия, гипогликемия, гипокальциемия белгилари (анемия)	
Копрологик текширув оссалиги, остеопороз	
Хазм булмаган овкат колдиклари (диентерия)	
Крахмал (амилорея)	
Мушак толари (креатория), ичакларда патологик жараён крахмал (амилорея), лиентерия	
Нейтрал ег томчилари (стеаторея) ег кислоталари,	
Клиник белгилар совун кристаллари	Ичак

Ингичка и	
1. Ич кетиши	Сувсимон, овкат ко
2. Коринда огрик	Киндик атрофид, огрувчи, чайкалганда кучаяд
3. Метеоризм	Овкатдан кейин ку
4. Хазм булиш синдроми бузилиши	ривожланган
5. Сурилиш синдроми бузилиши	булади
6. Камконлик	Булиши мумкин

4. Патологик жараен сабабини аниклаш

Ичак фаолиятининг бузилишда куйидаги омиллар катта урин тутади:

1. Юкумли касалликлар (корин тифи ва паратифлар, бацилляр ва амебали ичбуруг, сальмонеллез, вабо ва сил касалликлари).

2. Ичакнинг носпецифик касалликлари; энтерит, йугон ичакнинг таъсирланиш синдроми, саехатчитар касаллиги, Крон ва Уиппл касаллиги, ярали колит, ишемик колит.

3. Ичак усмалари.

4. Тугма энзимопатиялар, лактоза етишмовчилиги, глютеинли энтеропатия,

5. Ичак резекциясидан кейинги ич кетиш.

6. Токсик ич кетиш (экзоген ва эндоген факторлар).

7. Аллергик касалликлар; эозинофилли гастроэнтерит, овкатдан булган аллергиялар.

8. Меъда касалликлари: ахлоргидрия, меъда резекциясидан сунгги холат, меъда раки.

9. Меъда ости беи касалликлари: панкреатит, Золлингер -Эллисон синдроми, усмалар, Вернер - Моррисон синдроми.

10. Эндокрин безлар касаллиги: тиреотоксикоз, Аддисон касаллиги.

11. Систем касалликлар: склеродермия.

12. Моддалар алмашинуви бузилиши асосида келиб чиккан касалликлар: амилоидоз, гиповитаминоз ва б. к.

13. Бошка касалликлар.

- Тиф ва паратифоз касалликларда ич кетиш жараенининг иккинчи еки учинчи хафтасида кузатилади. Диагноз клиник-эпидемиологик ва лаборатория маълумотлари асосида тасдикланади.

- Бацилляр ич буруг конли, шиллик аралаш ич кетиш ва тенезм билан кечади. Касаллик енгил формадан тортиб, то интоксикациянинг аник белгилари ривожланган огир холларгача утиши мумкин. Диагноз бактериологик текшириш билан аникланади.

- Амебали ич буруг ахлатда кон ва

шиллик аралашмаси буладиган ич кетиш билан кечади. Бунда тенезм булмайди, Диагноз ахлатда амебалар топилиши ва иммунофлюоресценция реакцияси асосида тасдикланади.

- Сальмонеллез тусатдан иситма ошиши, кусиш ва ич кетиши билан бошланади. Ахлат окиш рангда булиб, гуруч кайнатмасига ухшайди. Кусук массалари ва ахлатни бактериологик текшириш асосида диагноз куйилади.

- Вабо кучли кусиш ва ич кетиши билан бошланади. Бунда тенезм булмайди. Ахлат гуруч кайнатмасига ухшаб, касаллик учун кучайиб борувчи интоксикация ва организмнинг сувсизланиши характерлидир, диагноз куйишда эпиданамнез ва бактериологик текшириш хисобга олинади.

- Упка сили билан касалланган беморда ич кетиши билан бир каторда корин сохасида огрик пайдо булиб, харорати ошса, ичак сили ривожланганлиги хакида уйлаш мумкин. Кучли ич кетиши камдан кам кузатилади, бемор купинча ахлат ажралишининг бекарорлигига шикоят килади. Пайпасланганда унг енбош сохасида огрик аникланади, айрим вақтда каттик конгломератлар кул остида сезилади. Диагноз куйишда мусбат Манту синамаси хисобга олинади. Рентгенда зарарланган ичакнинг деформацияси, калталаниши ва ичак бушлигининг торайиши, контурининг нотекислиги, гаустрациялар йуколганлиги куринади. Купинча енбош ичакнинг ковузлоги ригид найга ушхаб колади.

- Йугон ичакнинг тахсирланиш синдроми. Ич кетиш бунда хуружсимон характерда булиб, ахлат билан куп микдорда шиллик ажралади. Шиллик тоза, шишасимон булиб, кон ва йиринг аралашган булиши мумкин. Бу касаллигга эрталабки фракцияли дефекция хос. Беморлар эрталаб ишга боришдан олдин эхтиеткор буладилар еки йул буйи хожатхона каерда жойлашганини биладилар. Куннинг колган кисми еки тун тинч утади. Баъзи беморлар овкатдан, айникса тушликлан сунг мажбурий хожатга боргилари келиб колади. Хожатнинг хуружсимон ва ритмик

бузилишларидан ташкари корин дам булиш сезгиси ва кориндаги огрик каби ва жарангли корин кулдирашлари хос.

- Сурункали энтерит. Бу полифекалия, стеаторея (хазм булмаган ег томчилари), креаторея (хазм булмаган усимлик клетчаткаси) крахмал, шилликнинг борлиги, дисбактериоз билан характерланади. Касаллик, кучайган пайтда бир суткалик ахлат микдори 1,5-2 кг га етиши мумкин. Ичакда газ хосил булишининг кучайиши ва суришлишининг бузилиши туфайли корин дамланади. Огрик симиллагин характерда булиб, чап ва киндикдан юкорида ифодаланади. Шулар билан бир каторда, организмда умумий узгаришлар руй беради. Сурилиш функцияси бузилиши кузатилади. Натижада, витамин ва минерал тузлар етишмовчилиги ривожланади, камконлик вужудга келади ва бошка хазм килиш органлар функцияси бузилади. Диагноз куйишда дуодено-еюнал суюкликда ишкорли фосфатазани топиш, кон зардобиди гипопротеинемия, диспротеинемия, шунингдек, холестерин, фосфолипидлар ва микроэлементларнинг камайишини аниклаш катта ахамиятга эга.

- Саехатчилар касаллиги купинча командировка еки бир шаҳардан иккинчи шаҳарга борганларда учрайди. Ахлат бир кунда 10-20 мартагача, сувсимон еки шаклланмаган булади. Айрим пайтларда шиллик ва кон аралаш булиши мумкин. Иситма, ваража, корин-огрик, кунгил айнаиши, кусиш ва камкувватлик билан утади. Куп холларда касаллик енгил кечиб, 3-5 кун давом этади. Бу касалликнинг келиб чикиши овкатланиш режимининг бузилиши, озик-овкат махсулотларида патоген булмаган бактерияларнинг катта концентрацияси билан боғлиқ.

- Крон касаллиги (терминал илеит). Биринчи марта 1032 йилда езилган. Асосан ичак зарарланиши кузатилса ҳам, лекин овкат хазм килиш системасининг кизилунгачдан то тугри ичакгача булган кисмини патологик жараен эгаллаши мумкин. Яллигланиш ичакнинг ҳамма каватларини зарарлайди. Бунда ичак бушлигининг торайиши, айрим холларда ички окмалар пайдо булиши мумкин.

Диарея асосий симптом хисобланади. Перистальтика кучайган булиб, корин дамлаш ва огрик кузатилади. Субфебрил даража, бемор ориклаган, унг енбош сохасини пайпасланган ичакнинг каттиклашиши сезилади. Биопсия олинганида яллигланишга хос узгаришлар аникланади.

- Лактаза етишмовчилиги тугма холда купинча негрлар, яхудийлар ва Канада маҳаллий аҳолиси уртасида учрайди. Орттирилган лактаза етишмовчилиги сурункали ичбуруг, меъда ва ичак резекцияси, ярали колит ва бошка шуларга ухшаш касалликларда булиши мумкин. Деярли ҳамма вақт коринда огрик билан кечади. Огрикнинг кучайиши овкатдан кейин ва хожатдан олдин кузатилади. Беморлар сут қабул қилгандан кейин огрик кучайиб, ич кетишига шикоят қилишади. Диагноз сут қабул қила олмаслик, ҳамда лактаза нағрузкаси асосида қуйилади.

- Глютенли энтеропатияда (целиакия) бугдой ва бошка дон уругларидан тайерланган махсулотларни хазм қила олмаслик туфайли ич кетиш содир булади. Овкатдан ушбу махсулотлар чиқарилгандан I ҳафтадан кейин бемор аҳволи яхшиланади. Бу тугма пептидаза ферментини етишмовчилиги ва ингичка ичак шиллик каватнинг субтотал атрофияси натижасида қелиб қикади. Қуйидаги овкатлар тавсия этилади: гуруч, жухори, нухат махсулотлари, енгок, бодринг, помидор, ковок, сабзи, олма, ковун, асал, гушт махсулотлари, балиқ, тухум, пишлок, творог, сут.

- Ичак дискинезияси ичакнинг тула бушатишмаслиги, қабзият еки баъзан ич кетиши билан утади. Бунга хаяжон пайтида буладиган ич кетиши ҳам хос. Купинча овкат хазм қилиш системасининг бошка касалликларига ендош булиб келади. Чуқур текширишлардан кейин ичакда яллигланиш еки дистрофик узгаришлар йуқлиги тасдиқланади.

- Резекциядан кейинги энтерит. Меъда, ингичка ва йугон ичаклар резекциясидан кейин қелиб қикади. Асосида овкатни меъдада тула парчаланмаслиги, ичакларда хазм ва

сурилиш функциялари бузилиши етади. Натижада дисбактериоз ривожланади, ферментлар етишмовчилиги вужудга келади. Клиникаси: ич кетиши, айникса сутдан кейин, корин дамлаши, кулдириш, озиб кетиш, умумий дармонсизлик. Меъда ширасининг пасайиши еки ахилияда худди шундай патологик узгаришлар хос.

- Эозинофилли гастроэнтерит сурункали ич кетиши билан кечади. Меъда, хамда ингичка ичакнинг шиллик ва мушак каватида эозинофилли инфильтратлар жойлашган булиб, аллергияга хос бошка симптомлар билан бирга кечади. Конда эозинофиллар сони ва иммуноглобулин Е микдори ошгани, меъда шиллик кавати биопсиясида эозинофилли инфильтрат топилиши диагнозни тасдиқлайди.

-Овкатдан булган аллергия куп учрайди. Бунинг асосида эозинофилли инфильтрат, дисбактериоз, овкат сурилишининг бузилиши ва оксил моддасининг етишмаслиги натижасида келиб чиккан энтеропатия булиши мумкин. Купинча сут, тухум, енгок, пишлок, донлар, балик, кофе, шоколад, кулбника ва х.к. аллергия чакиради. Коринда огрик, кусиш ва ич кетиши билан кечади. Диарея сабаби меъда, ичак мускулатурасининг шиши, гиперсекрецияси, кискаришидир. Сутдан келиб чиккан аллергияда, ингичка ичак биопсиясида эозинофилли инфильтрат ва иммуноглобулинлар хосил килувчи плазмоцитлар кузатилган.

- Сурункали панкреатит, айникса сабаби алкогольдан булса, аввалига кабзийт ич кетиши билан алмашиб туради, кейинчалик факат ич кетиши билан кечади. Копрологик анализда куп микдорда мушак толалари, нейтрал ег, клетчатка булади.

-Золлингер-Эллисон синдромини меъда ости беги оролчали тукумасининг Д-хужайрасидан келиб чиккан аденома чакиради. Купинча 30-50 ешдаги эркалар касалланади, Эпигастрал сохада огрик, кучли ич кетиши кузатилиб, беморлар ориклаб, организм сувсизланади. Меъдада гиперсекреция, 12-бармокли ичакда ва ингичка ичакнинг юкори кисмида яра

хосил булади. Бу ярани даволаш анча кийин булиб, меъда резекциясидан кейин яна кайталанади.

-Вернер-Моррисон синдроми (панкреатик холера) меъда ости безининг оролчали тукумасининг А ва Д-хужайралари чакиради. Эпигастрал сохада огрик, сувсимон ич кетиши суткада 10-15 мартагача, организм сувсизланиши, гипокалийемия белгилари кузатилади. Бунда меъда шираси ошмаган ва яра кузатилмайди.

-Ич кетиши организмда гормонал узгаришларда, чунончи гипертиреозда ва Аддисон касаллигида учрайди. Тугри диагноз куйишда ушбу касалликларга хос симптомлар асос булади.

- Токсик ич кетиш ингичка ва йугон ичаклар зарарланишидан келиб чикади. Бу хол уремияда, сурункали алкогольизмда, хамда цитостатик воситаларни, темир тузларини, наперстянка, раувольфии дориворларини узок вақт давомида кабул килганларда кузатилади.

Юкорида курсатилганларда катта ахамият берилади:

- Дисбактериоз асосида ичак микрофлорасининг таркиби, хусусияти, функциясининг узгаришлари етади. Анаэроб бактериялар (бифидобактерия ва бактериялар) камайиб, эндоген чакирувчи микроорганизмлар (клебсиелла, энтеробактер, протей, стафилокк ва б.к.) ингичка ичакда купади. Дисбактериозга олиб келувчи сабабалар куйидагилар: меъда ширасини пасайтирувчи касалликлар, овкат хазм килувчи ферментларнинг камайиши, витаминлар етишмаслиги, организм кучсизланиши, антибактериал воситаларни куп микдорда кабул килиниши, аллергиялар, уткир юкумли касалликлар, ичаклар зарарланиши. Клиникаси, асосан овкатнинг хазм булиш ва сурилишнинг бузилиш синдромлари, йугон ичакнинг таъсирланиш синдроми билан ифодаланади. Шу билан бирга, купинча беморларда овкат билан боглик булган аллергия ривожланади.

- Овкатланиш мароми, режимининг бузилиш. Овкатни

номунтазам, куп еки шошилиб ейиш, бир хил, асосан углеводли овкатлар куп кабул килиш, ичкиликка ружу куйиш ва шу каби алиментар омиллар олиб булиши мумкин.

- Иклим хам (хусусан исик иклим) меъда - ичак йули секретор функцияси сусайишига ва шу тарика бижгиш, диспепсия авж олиб, кейинчалик ичакда яллиглланишли узгаришлар юзага келишига сабаб булади. Юкори ташки температура ва инсоляция таъсири остида меъда ва ичак ширасининг ажралиши, ичакнинг ферментатив функцияси сустлашади, организмда V_{12} витамин концентрацияси камаяди. Меъда ва ичаклар шиллик пардасининг турли касаллик кузгатувчи омилларга чидамлилиги камаяди.

- Езда куп микдорда суюклик ичиш хазм килиш шираларининг суюкланишига ва уларнинг бактерицид ва ферментатив активлигини пасайтиради.

ИЧАК ДИСБАКТЕРИОЗИ

Ичакларда нормал флораларнинг сифат ва сон жихатдан узгариши дисбактериоз деб аталади. Бунда ингичка ичакда микробларнинг купайиши, асосан эшерихиялар, клебсиеллалар, лептобациллалар, энтерококклар хисобига. Йугон ичакда эса бифидобактериялар сони камаяди, патоген микроблар купаяди.

Дисбактериозга олиб келувчи сабабларга меъданинг паст кислоталилиги, ферментатив етишмовчилиги, бир турда овкатланиш, гиповитаминоз, ориклаш, радиация таъсири, антибактериал препаратларни куллаш, аллергия, уткир ичак инфекциялари ва х.к. киради. Ошкозон - ичак трактидаги барча узгаришлар дисбактериозга олиб келади.

Дисбактериоз натижасида овкат хазм булиши, сурилиш жараёни бузилади, натижада токсик моддалар хосил булиб, инфекциянинг ривожланишига, хатто сепсисга олиб келади.

Клиник фаркланиши куйидагича:

1. Латент ёки компенсирланган тури. Бунда факат копрологик текшириш билан аникланади.

2. Махаллий ёки субкомпенсирланган тури. Булар дуодент, энтерит, колит шаклида намоён булади.

Хуруж даврида интоксикация ва бактеремия билан кечади.

3. Декомпенсирланган ёки дисбактериознинг таркалган тури. Организм резистентлигининг пасайиши кузатилади. Метаболик яллигланиш учоклари бактеремия, сепсис, септикопиемия билан вужудга келади.

Лаборатор текширишлар дисбактериозда етакчи уринни тутати:

1. Дисбактериозга ахлатни экиш.

2. Утни экиш.

3. Сийдикни экиш (бактериурия).

5. Лаборатория, рентген ва бошка кушимча текшириш усуллари

-Периферик конда - гипохром анемия, уртача нейтрофилли лейкоцитоз ва СОЭ ошиши, эозинофилия булиши мумкин.

- меъда шираси - суб - еки анацид холат типи буйича секретор етишмовчилиги курсатгичлари, ахилия.

- Копрологик текширув - ахлатнинг ташки куриниши, хажми мухим ахамиятга эга. Ахлат узига хос саргиш "тилларанг", оч еки тук ранг, "чиринди" куринишига эга, яллигли элементлар (шилимшик ва лейкоцитлар). Сувсимон, буткасимон, купиксимон булади. Микроскопик текширишда хазм булмаган овкат колдиклари (лиэнтерия), нейтрал ег томчилари (стеаторея), ег кислоталари, мушак толалари (амилорея) борлиги хос. Микроскопик текширганда амебали дизинтерияни аниклаш еки гельминтларни куриш мумкин. Аксари холларда йодофил флора куплиги аникланади.

- Биохимиявий силжишлар - гипопротеинемия, диспротеинемия, еглар, витаминлар камайиши, сидеропения, сурилишнинг пасайиши ва ахлат билан макро еки микроэлементларнинг ажралишининг ошиши, ичакнинг фермент ажратиш функциясининг бузилиши.

- Ичакларнинг рентгенологик манзараси: аксарият ингичка ичак буйлаб барий аралашмасининг тез утиши курилади, купинча шиллик каватининг калинлашгани, шишган бурмалар еки уларнинг атрофияси куришиб туради.

- Йугон ичакни рентгенологик текшириш (ирригоскопия) -

перистальтиканинг тезлашуви еки секинлашуви каби функционал бузилишлар, ичак деворининг тезлашган гаустрацияси. Юзаки еки чуқур жойлашган яралар, полиплар, ичак бурмаларининг текислашиб кетгани еки нотекислиги, ичак бушлигини чандикли яллигланиб торайиши.

- Колонофиброскопия - морфологик узгаришлар даражасини батафсил урганиш, эрозиялар, полиплар ва яраларни аниклаш имконини беради. Шунингдек биопсия ва бактериологик текширишга керакли жойдан материал олиш мумкин.

Шу билан бирга, ихтисослаштирилган гастроэнтерологик стационарларда куйидаги текширишлар утказилади: ахлатни бактериологик текширишлар, лактазага толерантлик тести, ингичка ва йугон ичакни аспирацион биопсияси, ичакларда овкат моддаси сурилишини радиоактив метод билан текшириш, ахлатда энтерокиназа ва ишкорли фосфатазани текшириш, тугри ичакни бармок билан текшириш, ректосигмоскопия, колонофиброскопия ва б.к.

6. Диагноз куйиш

Юкорида куриб утилганидек, диарея куп касалликларнинг симптоми тарзида келади. Аник ва тула диагноз куйишда муваффакиятга эришиш учун бемор шикоят, анмнези, клиник белгилар, касалликнинг кечиши, етакчи симптомлар, лаборатория ва инструментал текширувлар тугри тахлил килиниши керак. Шу асосда, патологик жараен ичакларда жойлашувини, овкат хазм килиш системасида булган узгаришлар ва бошка касалликларни назарда тутиб, тугри диагноз куйиш керак. Шу билан бирга, тиреотоксикоз, Аддисон касаллиги, уремия, амилоидоз, склеродермия ва шу каби бир катор овкат хазм килиш системасига боглик булмаган касалликларни ҳам эътиборга олиш лозим.

ДАВОЛАШ

Куриб чикиш керак: олиб келувчи омилларни бартараф этиш, антибактериал, уринбосар терапия, буриштирувчи, мотор узгаришларни

бартараф этиш, модда алмашинуви бузилишларини тиклаш.

Пархез мухим урин тутади. Пархез диспепсияни турини хисобга олган холда механик ва кимёвий таъсирловчилар чекланган тарзида буюрилади.

Пархез талабга тулик жавоб бериши керак: максадга мувофик овкатланиш, регенерация ва иммунитетни кучайтириш, дистрофик жараенларни тиклаш.

Касалликнинг кузиш даврида пархез стол №4 буюрилади. Бунда еглар ва углеводлар норманинг пастки курсаткичларигача (100-200 г урнига 70 г 300-500 г урнига 250 г) чекланади. Аммо, оксиллар чекланмайди яъни нормал курсаткичларда берилади (100-140 г), тузлар чекланади (8-10 г) умуман 2100-2200 ккал ташкил этади. Овкатланиш режими кунига 5-6 мартани ташкил этади.

Барча озиклар кайнатилган холатда берилади. Дуккакли ва хамирли овкатлар, мухсулотлар, сут, дагал клетчатка, кийин хазм булувчи еглар берилмайди.

АНТИБАКТЕРИАЛ ДАВОЛАШ

Антибиотиклар эхтиёкорлик билан ва катъий курсатма асосида кулланилади. Антибиотиклар билан даволаш асосий курсатма бу ичакдаги хосилаларини стерилизация килиш. Антибиотикларни куллашни чеклашдан максад улар дисбактериозга олиб келади ва сурилиш жараёнларини бузади, антибиотикка чидамли бактериялар штаммлари хосил булишига олиб келади.

Левомецетин грамманфий ва граммулбат бактерияларга нисбатан яхши таъсир килади. Полусинтетик пеницилланлар стафилакоккли дисбактериозда, макролидлар эса энтерококкли дисбаткриозда яхши наф беради.

Антибиотиклар одатдаги дозаларда 5-7 кун берилади. Антибиотиклар таъсирига якин препаратлардан фуразалидон, бисептол, энтеросептол граммулбат ва грамманфий микробларга, эшерихиялар, протейлар ва стафилакоккларга нисбатан бактериоцид таъсир курсатади. Энтеросептол, энтеростопан, мексаформ эса

антибактериал, антипаразитар ва замбуругларга карши яхши таъсир этади. Нормал микрофлорага камрок таъсир этади, сурилмайди ва шунинг учун махаллий таъсир курсатади. Бу препаратлар йод ва бром таркибида саклайди. Шунинг учун узок вакт кулланилганда неврит миопатия, куриш нерви атрофияси, кунгил айниши ва бош оргриги каби ножуя таъсир курсатади. Нитрофуран гурухидан фуразолидан грам (+) ва грам (-) микроблар, лямблия, трихомонада ва баъзи вирусларга яхши таъсир курсатади.

Биологик препаратлар таркибида ичак нормал микрофлорасининг кучсизлантирилган штаммларини саклайди ва кулай шароитида йугон ичакка имплантацияланади.

Лактобактерин атипик эшерихиялар, энтерококклар, протейлар ва замбуругларнинг антогонисти хисобланади. Ичиш учун 3 дозада кунига 2 махал овкатдан 0,5 соат олдин берилади. Бифидумбактерин 5 дозадан кунига 2 махал берилади. Бификол 5 дозадан 2 махал берилади. Бактисубтил 1 капсуладан 4 марта антибактериал препаратлар кулланиш оралигида. Даво курси 2 хафта.

ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Беморга 2-3 курс антибактериал терапия 5-7 кун давомида утказилиб, 5-7 кун дам олиниб, сунг антибиотик узгартирилиб берилади. Кейин биопрепаратлар берилади. Минимал 3 хафтада, максимал 1,5 ойгача 40 ёшгача булган беморларга бифидумбактерин, урта ешлиларга бификол, катта ешлиларга лактобактерин берилади.

Перистальтикани камайтирувчи дорилар зарур хисобланади. Бу максадга куйидагилар кулланилади:

1. М-холинблокаторлар (атропин, платифиллин)
2. Имодиум 1 таблеткадан ич кетгандан сунг, 2 мартадан куп булмаган микдорда
3. Реасек 1 табл. х 3 махал овкатдан олдин, 6 кунгача.
4. Камеван - комбинациялашган антидиареяли восита

3м

1	Дисфагия билан кечувчи касалликларни (камида 10 та)
2	Дисфагия билан кечувчи хавфли касалликларни (камида 5 та)

5. Кодеин.

Адсорбентлар, ураб олувчилар, буруштирувчилар, ут кислоталарни бириктирувчи воситалар ишлатилади: висмут нитрат (0,5 г) алмагель, дерматол (0,5 г).

Карболен ишлатилмайди чунки у хазм килувчи ферментларни адсорбилайди. Ут кислоталар тутувчи ферментларни бермаслик керак (фестал, дагестал, нализм, катозил-форте).

ДИСФАГИЯ БИЛАН БЕМОРЛАР МУАММОЛАРИНИ ХАЛ ЭТИШДА ТАЛАБАЛАРНИНГ БИЛИМЛАРИ, МАХОРАТИ ВА АМАЛИЙ КУНИКМАЛАРИГА КУЙИЛАДИГАН ТАЛАБЛАР

МАКСАД: дисфагияси булган бемор муаммоларини синдромлар буйича ургатиш, шунингдек согликни саклаш тизимининг бирламчи бугимида бу беморларни олиб бориш тамойиллари.

Укитишнинг асосий вазифалари

- Талабаларга дисфагия билан боглик булган муаммоларни ургатиш.
- Дисфагия билан боглик булган муаммоларни уз вактида диагностика килиш.
- Дисфагия билан кечувчи касалликларни бир-бирдан ташхислаш.
- Дисфагия билан кечувчи касалликлар хакида билимлар, махорат ва амалий куникмаларга эга булиш (анамнез йигиш, умумий куздан кечириш, физикал текшириш, керакли лаборатор ва инструментал текширувларни буюриш);
- КВП шароитида керакли даволаш ва профилактик чора-тадбирларни утказа билиш.

Талаба билиши керак:

КВП шароитида олиб бориладиган касалликларни (1-бугим)	14-МАЪРУЗА: БУГИМ СИНДРОМИДА
Гор мутахасислар куриги ва госпитализацияга курсатмаларни (2-бугим)	КИЁСИЙ ТАШХИС. УАШ
КВП шароитида ва ундан ташкарида утказиладиган курикларни	ТАКТИКАСИ. ЗАМОНАВИЙ
Коринда огрик билан кечувчи касалликлар диагностикасини	ДАВОЛАШ УСЛУБЛАРИ ВА
Отинишнинг кийинлашуви (дисфагия, оденофагия, фагофобия тушунчаларини)	ПРОФИЛАКТИКАСИ.
Отиниш кийинлашувининг локализациясини (орофарингеал ва кизилунгач дисфагияси)	Туричи этиологияди шунингдек,, тизимли ёки махаллий хусусиятга эга булган, ошқозон, 12-харакат-таянч аппарата касалликлари аксарият холларда тургун ёки }пгиб келувчи бугим синдроми билан кечади. Бугим синдромига сабаб булувчи ревматик касалликлар жуда кам ҳолатларда улимнинг асосий сабаби булади. Лекин уларнинг аксарияти ички аъзоларнинг зарарланиши билан кечиб, бемор иш қобилиягининг йуқолишига, ногирон бўлиб қолишига ва умрининг қисқаришига олиб келади. Ушбу гуруҳ касалликларини тизимли ёки махаллий хусусиятга эга булиши мумкин. Бундай холларда тугри ташхис қуйиш учун УАВ огрик характери, пайдо булиш вақти, сабаби, давомийлигини аниқлаши ҳамда ушбу узгаришлар билан кечиши мумкин булган касалликлар ва уларнинг асосий белгиларини билиши лозим.
Талаба кила олиши керак:	
р ва унинг қариндошларидан анамнез йиғишни (ташхисни аниқлаш, курак, шикоятларни ажрата билиш, ошқозон, 12-харакат-таянч аппарата касалликларини аниқлаш (бошқариб буладиган ва бошқариб булмайдиган ҳавф бугимлари)	20-45% холларда учрайди (1-жадвал) ва беморларнинг 6-10 %и ногирон бўлиб қолади. Аксарият беморлар биринчи бор бугимларда махаллий ёки тарқалган огриклар билан У\В га мурожаат қиладилар. Бугим синдроми тугридан-тугри бугим ва (ёки) бугим олди туқимаси касалликлари билан боғлиқ булиши, айрим холларда эса рухий хусусиятга эга булиши мумкин. Бундай холларда тугри ташхис қуйиш учун УАВ огрик характери, пайдо булиш вақти, сабаби, давомийлигини аниқлаши ҳамда ушбу узгаришлар билан кечиши мумкин булган касалликлар ва уларнинг асосий белгиларини билиши лозим.
омилларини аниқлаш (бошқариб буладиган ва бошқариб булмайдиган ҳавф бугимлари)	Куйида бугим синдроми билан кечувчи амалиётда тез-тез учраб кўриладиган касалликлар классификацияси келтирилган:
ва буйинни тулик куриқдан утказишни: огиз ва томок ҳолатини баҳолаш; лимфа муқожаат қиладилар. Бугим синдроми тугридан-тугри бугим ва (ёки) бугим олди туқимаси касалликлари билан боғлиқ булиши, айрим холларда эса рухий хусусиятга эга булиши мумкин. Бундай холларда тугри ташхис қуйиш учун УАВ огрик характери, пайдо булиш вақти, сабаби, давомийлигини аниқлаши ҳамда ушбу узгаришлар билан кечиши мумкин булган касалликлар ва уларнинг асосий белгиларини билиши лозим.	Ревматизм (ревматик лихорадка).
ларини пайпаслай олиш; умуртка буйин қисми ҳолатини баҳолаш; никобсимон тугридан-тугри бугим ва (ёки) бугим олди туқимаси касалликлари билан боғлиқ булиши, айрим холларда эса рухий хусусиятга эга булиши мумкин. Бундай холларда тугри ташхис қуйиш учун УАВ огрик характери, пайдо булиш вақти, сабаби, давомийлигини аниқлаши ҳамда ушбу узгаришлар билан кечиши мумкин булган касалликлар ва уларнинг асосий белгиларини билиши лозим.	Бириктирувчи туқиманинг тизимли касалликлари (тизимли кизил водяннка, СПЦВ), тизимли склеродермия (ССД), Шерген касаллиги, дарматомиозит (ДМ), диффуз фациит, бириктирувчи туқдмани аралаш касалликлари, ревматик полимиалгия ва бопшчалар).
симптомини аниқлаш; калконсимон безни пайпаслай олиш.	Тизимли васкулитлар (тугунчали периаартериит, геморрагик васкулит, Вегенер грануломатози ва бопшчалар).
ологик курик утказиш: ютинишда катнашувчи бош мия нервларининг сезувчи ва қозғалдирилари баҳолаш;	
кат фаолиятини баҳолаш;	
V3 уч шохли нерв тармоғи – огиз туби ҳаракат иннервацияси;	
VII таъм, огиз туби ҳаракат иннервацияси;	
IX ҳалқум юқори қисми ҳаракати – тил орқа қисми	
X ҳикилдоқ , кизилунгач ҳаракати	
XII тил ҳаракати	
ни қуздан кечириш: рангпарлик, цианоз, тошмалар бор-йўқлиги, зичлиги, табиғати, тарқалганлиги, оқибат ва х..	
с аъзолари пальпацияси, перкуссияси ва аускультациясини.	
к-кон томир тизими пальпацияси, перкуссияси ва аускультациясини	
нинг юза пальпациясини, бунда огрикли нукталар, қорин қисмида келтирилган;	
гилгини, қорин аъзоларида катталашув ва усмалар бор-йўқлигини, шикоятларни ажрата билиш, ошқозон, 12-харакат-таянч аппарата касалликларини аниқлаш (бошқариб буладиган ва бошқариб булмайдиган ҳавф бугимлари)	
берг синамасини утказа олиши керак.	
нинг чуқур пальпациясини	
массаси индексини баҳолаш: вазн энтишмовчилиги ва ортикча таъми баҳолаш.	
ик ва биохимик таҳлиллар интерпретациясини	
лунгач рентгенологик ва эндоскопик текширувларини баҳолашни.	
агия билан кечувчи касалликлар киесий ташхисини	
едикаментоз тавсиялар беришни	
агия билан кечувчи касалликларни даволашда дори препаратларини тугри	
я этишни	
рларни КВП шароитида қуздан мониторинг олиб боришни	

Ревматоид артрит (РА) (полиартрит, РА тизимли шикастланиш билан, Фелти синдроми).

Ювенил артрит (ювенил РА, Стилл синдроми, сурункали ювенил артрит*).

Бехтерев касаллиги.

Спондилоартрит билан бирга кечувчи артритлар (псориатик артрит, Рейтер касаллиги, ичакнинг носпецифик касаллигида (НЯК, Крон касаллиги) кузатиладиган артритлар).

Инфекцияга боғлиқ артритлар

А. Инфекцияли артритлар:

1. бактерияли (стафилококк, стрептококк, гонококк, бруцеллёз, захм, микобактерия: туберкулез ва бошқалар)*
Лайм ва Уиппл касалликлари;

2. вирусли (кизилча, эпидпаротит, сувчечак ва бошқалар);

3. замбуругли;

4. паразитар;

Б. Реактив артритлар:

1. энтероколитдан кейинги-иерсийноз, салманеллёз, шегеллёз ва бошқалар;

2. урогенитал (Рейтер касаллиги ва сузак (гонорея));

3. бурун халқум инфекциясидан кейин;

4. эмлашдан (вакцинация) кейинги.

IX. Микросталли артрит:

- подагра;

- хондрокальциноз.

X. Остеоартрозлар:

1. деформацияловчи остеоартроз (бирламчи ва иккиламчи);

2. спондилёз, остеохондроз, спондилоартроз.

XI. Бугимларнинг кам учрайдиган касалликлари:

1. полисивдром ревматизм;

2. интермштерланувчи гидроартроз;

Ревматизм (утқир ревматик лихорадка)

Утқир ревматик лихорадка (УРЛ) - А гурухидаги р-гемолитик стрептококкли утқир инфекциядан (ангина, фарингит) кейин ривожланган асорат, асосан юрак кон-томир тизими (кардит), бугим (кучиб юрувчи полиартрит), бош мия (хорея) ва тери (халкасимон эритема, ревматик тугунчалар) шикастланиши билан кечувчи бириктирувчи туқиманинг токсик - иммунли тизимли яллигланиш касаллиги

булиб, купрок мойиллиги мавжуд булган 7-14 ёшдаги усмирлар орасида кенг таркалган. Ташхислашда Кисел- Жонс томонидан таклиф килинган 1992 йилда Америка кардиолошари уюшмаси томонидан кайта курилган ва узгартиришлар киритилган, Россия ревматологлари уюшмаси томонидан 2003 йилда таклиф этилган ташхисий мезонлар мажмуасига асосланилади (2-жадвал).

Агар иккита катта мезон ёки битта катта ва иккита кичик мезон ҳамда А гурухидаги р-гемолитик стрептококкли инфекция утказганлигини тасдиқловчи хужжат мавжуд булса, УРЛ ривожланиши эҳтимоли юкорилигидан далолат беради.

Бўғим синдроми – кенг маънода суяк-мушак тизими ва бириктирувчи туқима касалликларининг асосий клиник курилиши хисобланади.

Бугимларнинг мушак-суяк структураларининг зарарланиш белгилари маълум ва номаълум этиологияли аритмияларда, остеоартрозларда, мода алмашинуви ва эндокрин бузилишларда, юкумли касалликларда, усмаларда, дориларнинг нозуя таъсирида ва бошқа касалликларда кузатилиши мумкин. куп мамлакатларда ревматик касалликларнинг ижтимоий аҳамияти 1-навбатда (ревматик касал.) таянч ҳаракат тизимининг сурункали яллигланиш ва дегенератив касалликлари ва суякларнинг метаболик касалликлари, яъни остеопароз билан белгиланади.

Масалан: ортритнинг белгилари ёки бел соҳасидаги огрикларер шари ахолининг тахминин 30% учрайди, вахоланки ёш катта булиши билан бу курсаткич ҳам ушиб боради.

Остеопароз натижасида келиб чиккан синишларнинг хисобга олмаган тақдирда ҳам ревм. касалликлар утқир респиратор касалликлардан кейин вақтинчалик ишга булган лаёкатни йукотиш буйича 2-урин ва ногиронлик сабаби хисобланади. (айниқса 65 ва ундан катта булган кишиларда). Қарийиб меҳнатга лаёкатли ахолининг 1/3 қисми (18 ёшдан-65 ёшгача) ревматик касалликлар туфайли узининг қасбий (профессионал) фаолиятини бажара олмайди. Дунёнинг ривожланган

мамлакатларида хирургик операцияларнинг 10% бугимларнинг функциясини тиклаш буйича утказилади.

Махсус статистик маълумотларга кура Россияда охириги 10 йил ичида таянч-харакат аппарати касалликлари билан касалланиш 7,7 млн.дан 11,2 млн.га якин 40% га ошган. Шу курсаткич буйича ревматик касалликлар вақтинчалик меҳнатга булган қобилиятини йукотиш буйича кунлар ҳисобига 2 чи уринни, ҳама касалликлар буйича 3 нчи уринни эгаллайди. Худи шундай ҳолатни биринчи марта ногиронликка чиқиш буйича кузатиш мумкин: яъни 6 йил ичида (1992097 йй) 15% га ошган.

Яна шуни қайд қилиб ўтиш лозимки бу ногиронларнинг 50% ни ёш кишилар: аёллар ичида 44 ёш ва ундан катта, эркеклар ичида эса 49 ёш ва ундан каттани ташкил этади. Бу беморларга бирданига 1-2 гуруҳ ногиронлиги берилган, яни қўчилиги меҳнат қобилиятини бутунлай йукотадилар.

Шундай қилиб ревматик касалликлар 3 нчи минг йилликда асосий муаммолардан бири ҳисобланиб қўчилик кишиларга қайғу, жамиятга эса эканомик йукотишларга олиб келадиган касалликлардир.

Ревматик касалликлар ҳама ирк ва ёшдаги аёл ва эркекларда учраши мумкин. шунга қарамай баъзи бир ревматик касалликлар қўпроқ аёлларда (масалан РА,СКВ, тизимли склеродермия, остеоартроз, остеопароз) учрайди; Подагра ва серонегатив спондилоартропатиялар эса қўпроқ эркекларда учрайди.

Этиология ва патогенези.

Ревматик касалликларнинг асосида мураккаб генетик, гормонал ва ташқи муҳитнинг турли хил омиллари ётади.

Қўчилик ревматик касалликларнинг этиологияси ҳозиргача номаълум. Баъзилари инфекция билан боғлиқ. Охириги вақтларда асосий этиологик омил сифатида вирусли инфекция батафсил урганилмоқда. Маълум бўлишича кизамик вируси, паравирус В 19, албфавируслар, аденовируслар, энтеровируслар, ревматик артритда ухшаш артритларнинг чакириши мумкин. Герпес вирусларининг СКВ, РА,

ингрен синдромининг этиофактори, Энштейн-Барр вирусининг РА ва СКВ нинг омиллари ҳисобланиши муҳокама қилинмоқда. Гепатит В ва С вируслари эса тизимли васкулитлар, аутоиммун касалликларнинг қелиб чиқишида муҳим роль ўйнаши мумкинлиги тасдиқланмоқда.

Этиофакторлар билан бир қаторда ревматик касалликларнинг қелиб чиқишида ҳавф омиллари (муҳим) роль ўйнайди:

1. мойиллик, 2. химоя тизимининг бузилиши, 3. бошқа касалликларни қелиб чиқишини пасайтирадиган омиллар, 4. касалликнинг характери, кечиши, оқибатига таъсир этадиган омиллар.

Аёл жинси қўғина яллиғланиш ва яллиғланиш билан боғлиқ бўлмаган ревматик касалликларнинг универсал ҳавф омили ҳисобланади. Остеоартрозларнинг қелиб чиқишида скелетнинг ва тоғай туқимасининг тўғма аномалиялари, тана вазнининг ортиқлиги, жисмоний зуриқишлар, бугимларнинг травмаси ётса, остеопарозларда эса эстрогенлар ва витамин Д дефицити ётади, лекин шу моддаларнинг етишмовчилиги нафакат остеопарозларни, балки остеоартрозларнинг сабаби ҳам бўлиши мумкин.

Ревматик касалликларнинг наслий мойиллиги қўғина --- боғлиқ.

-- аутоиммун ревматик касалликларга булган мойиллик мултифенал ва полиген характерга эга.

Бугим синдромининг сабабидан қатъи назар унинг ажралмас асосий яллиғланиш ва дегенерация ташкил этади.

Артритни аниқлаш асосида суякнинг субхондрал қисмининг, бўйин тоғайи ва синовиал парданинг зарарланиш даражасини урганиш ётади.

Яллиғланиш қўпроқ синовиал парданинг қон томирларига бой булган қисмидан бошланиб тоғайга ўтади. Бугим олди туқималарнинг шиши, бугин бушлигидаги экссудат ҳеч қандай асоратсиз артритларга ревматизм мисол булла олади.

Эрозив артритлар гуруҳига – тоғайнинг зарарланиши (парчаланиши-альтерация) кейин қандикланиш юзага

келиб, бугин халтаси эластиклигини йукотади, тогай бириктирувчи тукуманинг фиброз тукумаси билан алмашилиб, суяк анкилози билан кечадиган артритлар киради. Бунга АР мисол булла олади.

Яллигланиш билан боглик булган бугин зарарланишининг энг аник ва асосий белгиси – синовит хисобланади. Синовитнинг аниклаш учун – шиши, огрик бугин харакатининг чекланиши булиши шарт.

1) Бугиннинг шиши (яъни курик пайтида бугиннинг бирламчи формасининг узгариш) синовиал парданинг калинлашуви, бугин бушлигида суюклик йигилиши, периартикуляр тукуманинг шиш натижасида келиб чикади (бу холатни изоклаш максатида дефигурация термини ишлатиш мумкин).

2) Асосий клиник белгиларга бугин сохасида терининг кизариши, хароратнинг кутарилиши, крепитация киради.

3) Суяк калинлашуви, чикишлар, анкилозларни аниклаганда «деформация» термини ишлатилади, тациклаш максатида рент. Текшириш фойдаланилади.

4) Бугиннинг харакатини аниклаш учун бугин харакат амплитудаси узгариши биланг диагноз куйилади.

Дегенератив узгаришлар билан кечадиган бугинларнинг зарарланиши жараён тогайдан бошланади. Маълумки ёш утиши билан физиологик жараён хисобига тогайнинг тургори, эластиклиги камаяди. Патологик холатларда тогайнинг дегенерацияси бириктирувчи тукума билан алмашилиши кузатилади, бугин юзаси бузилади, улардаги зурикиш узгаради,суякланиш кучаяди, бу эса остеофитлар хосил булишига сабаб булади, синовиал парда, бугим халтаси патологик жараёнга кушилганда реактив синовит белгиларикуринишида булади.

Бундай патологик жараён билан бугин синдроми билан кузатиладиган купгина касалликларда кузатилади.

Диагноз куйишнинг мураккаблиги куп холларда яллигланиш ва дегенератив жараёнларнинг кушилиб келишидадир. Диагноз куйишда аввалам бор энг асосий

симптомларни аниклаб, тахминий диагнозни гумон килиб, тугри текшириш усулларни буюриш керак.

АДАБИЁТЛАР:

1. “Клиническая ревматология”- В.А. Насонова, М.Г. Астапенко. Москва. Медицина 1989 г.

2. Справочник по дифференциальной диагностике внутренних болезней под редакцией Г.П. Матвейкова. Минск, “Белорусь”, 1990 г.

3. Семейная медицина (руководство) 2 том. Самара, 1995 г. Главный редактор А.Ф. Краснов.

4. Терапевтический справочник Вашингтонского университета. Москва, 1995 г.

5. Терапия. Руководство для врачей и студентов. Москва, 1998 г. Главный редактор А.Г. Чучалин.

6. Лечение болезней внутренних органов. Окорочков А.Н., том 2, Москва, Медицина, 1998 г.

7. Дж.Мерта. Справочник врача общей практики. Перевод с английского. Москва, 1998 г.

8. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей. Под ред.Ф.И.Комарова, 1-том, Москва, Медицина, 1998 г.

15-МАЪРУЗА: ИСИТМАНИ КИЁСИЙ ТАШХИСИ. УАШ ТАКТИКАСИ.

Дард
ни
яшир
санг
исит
маси
ошко
р
цила
ди.

Халк маколи

Иситмалаш - тана хароратининг меъёридан юкори кутарилиши хисобланиб, айрим холларда касалликнинг ягона белгиси сифатида намоён булади. Илмий манбаларда ёритилишича,

бирламчи тизимга мурожаат килган беморларнинг 10% да тана харсратининг кўпгарилиши кайд этилади. Иситмалаш организмнинг ҳимоя воситаларидан бири булиб, макрофаглар ва антителалар фаоллашувини ошириш билан бир каторда, вирусларнинг репликацияланишига тускинлик килади.

Тана хароратининг кутарилиши тугрисида гап борганда, УАВ аввало, унинг меъёрий курсаткичлари ва иситмалаш турларини яхши билиши лозим. Шуни инобатга олиб, биз куйида уларга кискача **тухтатб** утамиз:

Тана хароратининг меъёрий курсаткичлари:

- огиз бушлигида 36,0°дан 37,3° С гача (5фтача 36,8° С);

- тугри ичакда 37,7° С.

Огиз бушлигида харорат 37,3° С, тугри ичакда эса 37,7°С дан юкори булган холлар иситмалаш деб бахоланади. Тана харорати кун давомида 1° С га узгариб туради ва эрталаб одатда кечга нисбатан пастрок булади. Юкори тана харорати аксарият холларда куннинг иккинчи ярмида кузатилади.

Давомийлигига кура иситмалашнинг киска (4 кундан кам), уртача (4- 14 кун) ва узок муддат (14 кундан куп) кечувчи турлари фаркланади. **Киска муддатли иситмалаш** УАВ фаолиятида куп учрайди ва унинг асосий сабаби уткир респиратор инфекциялар булса-да, бошка юкумли касалликларни хам (зотилжам, сийдик йуллари инфекцияси ва бошкалар) назардан кочирмаслик лозим. **Уртача муддатдаги иситмалаш** грипп, синусит, юкумли моноклеоз, энтеровирусли инфекция, бактериал эндокардит, периодонтит, вирусли гепатит, холецистит, у^т йуллари эмпиемаси, абсцесслар, уткир сальпингофарит, эндометрит, цитомегаловирусли инфекция, корин тифи, безгак, зоонозлар (бруцеллез ва лептоспироз) ва катор бошка касалликларда кузатилади. **Узок; муддатли иситмалаш** айрим юкумли касалликларда [сил, бруцеллез, орт+ирилган иммун танкислик синдроми (ОИТС)], бириктирувчи тукуманинг

тизимли касалликларида, ёмон сифатли усмалар ва лейкозларда кайд этилади.

Давомийлик муддатидан ташкари тана хароратининг кутарилиш даражасига караб иситмалашни субфебрил (37-37.9° С), фебрил (38- 39.9° С) ва гектик (40 - 40.9° С) кечиши фаркланади. Айрим беморларда гипертермия, яъни ута юкори иситмалаш (41° Сдан юкори) кузатилиб, бу холат иссик хароратда узок давом этганда, ёмон сифатли усмаларда, баъзи инфекцияларда, геморрагик инсульт окибатида гипоталамус зарарланганда учрайди. Иситмалаш муддати ва унинг даражаси бир неча кун давомидатана хароратини кайд этиш варакасида белгилаб борилса, маълум эгри чизиклар хосил булади ва уларнинг тахлили асосида айрим холларда шифокор тахминий ташхисий хулосалар чиқариши мумкин. Шуни инобатга олиб, куйида биз иситмалашнинг турли касалликларда кузатиладиган эгри чизикларидан айримларини келтирдик

Иситмалашнинг турли касалликларда кузатиладиган эгри чизиклари

Уч ва турт кунлик танаффусдан кейинги иситмалаш (1-чизма-а) безгак касаллигига хос булиб тана харорати х,ар уч ёки турт кундан кейин кутарилиб туради.

Тулцинсимон иеитмалашда (1-чизма-б) тана хароратининг секинлик билан жуца юкори даражагача кутарилиб, блр неча кун сакланиб тургандан сунг кандай кутарилган булса, шу холатда меъёригача тушиши хамда маълум вақтдан кейин ушбу жараённинг яна кайта такрорланиши кузатилади. Иситмалашнинг бу тури асосан сурункали бруцеллез ва лимфогранулематоз касалликларида учрайди.

Доимий иеитмалашда (1-чизма-в) тана харорати кўфсаткичи баланд булиб, унинг меъёридан юкорига тебраниш даражаси кун давомида 1°С дан ошмайди. Бу турдаги иситмалаш одатда вирусли инфекцияларда (масалан, гриппда) кузатилади.

Ремиттирловчи иеитмалашда (1-чизма-г) кун давомида тана хароратининг меъёридан юкорига тебраниш даражаси 1°

С дан юкори, лекин 2°C дан ошмайди. Бу қуринишдаги иситмалаш йирингли инфекция(тоз суяги абсцесси, ут пуфаги эмпиемаси, ярали инфекция ва бошқалар) ҳамда хавфли усмаларда учрайди.

Юкорида келтирилганлардан ташқари тебранувчи, кайталовчи, холсизлантирувчи ва нотугри иситмалаш эгри чизиклари фаркланади ва улар хақида қуйида бйз қискача тухталиб утамыз.

Тебранувчи иеитмалашда тана хароратининг кун мобайнида меъёридан юкорига тебраниш даражаси 1°C дан куп ва унда минимал кунлик курсаткичи 37°C дан юкори булиб, цитомегаловирусли, моноклеозли ва йирингли инфекцияларга (масалан, холангитда) хос.

Кайталовчи иеитмалашда тана хароратининг тусатдан юкорига кутарилиб (иситмалаш даври) бир неча кун давомида сакданиши ва ундан сунг шундай тезликда меъёригача тушиб маълум муддат шу холатда туриши (иситмасиз давр) ҳамда унга ушбу жараённинг кайта-кайта такрорланиши характерли. Иситмалаш эгри чизигининг бувдай қуриниши деярли барча холларда асосан кайталанувчи тиф касаллигида кайд этилади.

Холсизлантирувчи ёки гектик иеитмалашда тана хароратининг меъёридан юкоридаги кунлик тебраниш даражаси $3-5^{\circ}$ Сни ташкил этади. Бундай иситмалаш сил ва сепсис касалликларида учрайди.

Узгарган шаклдаги иеитмалашда эрталабки тана хароратининг кечкига нисбатан юкори булиши кузатилади (соғлом одамларда тана харорати эрталаб кечкига нисбатан пастрок булади). Бу

турдаги иситмалаш сил, сепсис ва ёмон сифатли усмаларда булиши мумкин.

Нотугри иситмалаш тана хароратининг кеча-кундуз кугарилишидаги мутаносибликнинг йуқолиши билан характерланади. Бундай турдаги иситмалаш менингит, грипп ва бошқа айрим касалликлар учун хосдир.

Иситмалашга чалинган беморлар мурожаат қилганда, УАВ биринчи навбатда юкумли касалликларни тасдиқлаши ёки инкор қилиши лозим. Чунки аксарият холларда тана хароратининг кутарилиши организмда инфекция мавжудлигидан далолат беради. Лекин шу билан бир каторда, иситмалаш ёмон сифатли усмалар, аутоиммун, кон, ичак ва бошқа катор касалликларнинг белгиси булиши мумкин. Айрим холларда утказилган замонавий текширувларга карамасдан иситмалашнинг сабабини аниқлаш имкони булмайди, бунда номаълум сабабли иситмалаш тугрисида гап боради (2-чизма).

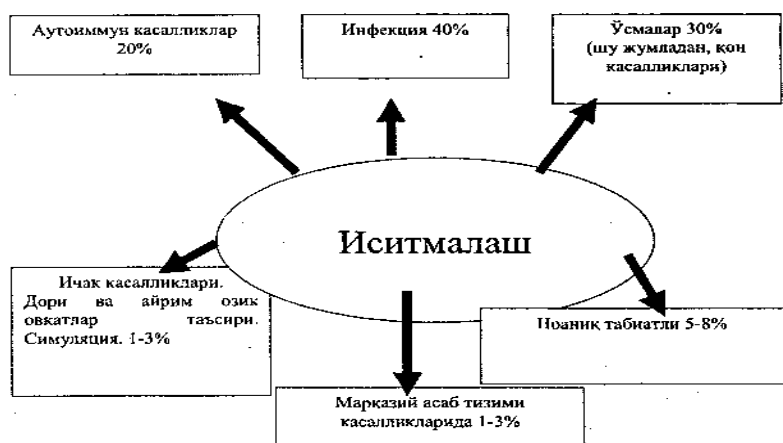
Тана харорати меъёридан кутарилган бемор УАВга мурожаат этганда, у синчковлик билан шикоятларни сураб суриштириши, анамнез йиғиши (шу жумладан, эпидемиологик анамнез) ва беморни объектив куриқдан утказиши лозим. Зарурат булганда анамнез йиғиш ва бемор куригини бир неча бор кайта утказиш эхтиёжи тугилади, чунки иситмалаш билан кечувчи касалликларнинг баъзи белгилари кейинрок пайдо булиши мумкин. Объектив текшириш маълум тартибда утказилади ҳамда уларнинг хар бирига синчковлик билан алоҳида аҳамият берилади (1-расм).

♦ тери куриги (тошмалар);

Юкумли касалликлар

Юкорида кайд этилганидек, иситмалашнинг аксариятини юкумли касалликлар ташкил этишини назарда тутган холда, биз Республикамызда учрайдиган ушбу хасталиклардаги иситмалаш ва унда УАВ тактикасига тухталиб утамыз.

Хафта мобайнида тана харорати зинапоя шаклида $39-40^{\circ}$ Сгача кутарилиб, сунгра доимий



Иситмалашнинг сабаблари

турдаги “тифоз статус”ли иситмалашга айланса, лекин тахикардия кузатилмаса, касалликнинг 8-9-кунларида корин ва куракнинг ёнбош юзасида кизгиш доғлар пайдо бўлиб, улар босганда йуқолса, лимфоаденопатия, спленомегалия ҳамда коннинг умумий тахлилида лейкопения, нейтропения, анэозинофилия аниқланса, унда ушбу касалликнинг юқорида келтирилган клиник ва объектив манзараси корин тифи, А ва В паратифлар эканлиги хақида маълумот беради. Уларнинг кузгатувчиси салмонеллалар бўлиб, инфекция манбаи бемор ёки бактерия ташувчилардир. Таркалиш йули аксарият холларда озик-овкат, ичимлик суви ва майший алоқалар хисобланади.

Таъхислаш: II хафта давомида конни экиб кузгатувчини аниқлаш; Видал реакцияси (тиф-паратифоз антигенига агглютинация); кон зардобиди 1:200 нисбатда аралашгандагина реакция мусбат хисобланади.

Даволаш: левомецетин кунига 2,0 г (тана харорати тушгандан сунг **турт** кун давомида у меъёрида саклангунча буюрилади).

УАВ тактикаси: беморни юкумли касалликлар шифохонасига (булимига) ётқизиш. Даволашнинг муҳим тадбирларидан бири беморларга тугри парваришни ва ёток режимини ташкиллаштиришдан иборат. Уларга тана харорати меъёрлашганининг 7-8-кунлари утиришга, 10-11-кунлари эса юришга рухсат берилади. Беморнинг териси ва огиз бушлигини тозалаб яхши парвариш қилиш лозим бўлади. Ич келиш равонлигини кузатиш, аммо шифокор рухсатисиз тозаловчи хукналар қилиш ман қилинади. Енгил хазм булувчи ва юмшок таомлар тавсия қилиниб, бемор соғайган сари у кенгайтирилиб борилади.

Тана харорати интермитгирловчи ёки доимий, гектик (39 - 40° С) бўлиб, бемор иситманинг пайдо бўлган вақти ва соатини аниқ билса, калтираш, холсизлик, бош, бел кул ва оёқ огриги, иштахасизликдан шикоят қилса, хасталикнинг биринчи кунни тери оқимтир ва сезувчанлиги юқори бўлиб, тахикардия, хансираш ҳам^а иккинчи кунни терида пушти рангда доғ,

кейинчалик у геморрагик хдр хил хдjm ва шаклда тошмага айлансада, полиморф булса, (яъни пайдо бўлиш вақтлари хар хил булганлиги учун янги геморрагикдан то некротикгача, айрим холларда эса мурда доғлари) унда менннгококкли инфекция тугрисида уйлаш керак. Бундай беморларни зудлик билан шифохонага ётқизиш шарт.

Юқори ва узок давом этувчи тана харорати (39-40° С), лимфоаденопатия, жигар, талок ва мойк катталашиши, харакат таянч тизими зарарланиши, асаб тизимининг неврит, полиневрит ва радикулит шаклда яллигланиши, кон тахлилида нисбий лимфоцитоз билан лейкопения, ЭЧТ ошиши бруцеллез касаллигига хосдир. У инфекцион-аллергик касаллик бўлиб, одамга сут эмизувчи хайвонларнинг ажралмалари ва сути орқали юкади.

Таъхиси: тери ичига аллергик Бюрне синамасы; серологик текширув (Райт-Хедделсон ва бруцеллез антигени билан боғланувчи крипитация реакцияси).

Даволаш: тетрациклин (кунда 1.0 г), левомецетин (кунда 2.0 г) ёки стрептомицин (кунда 1.0 г) 7-10 кун. Даволаш курси 2-3 марта такрорланади.

Ушбу касалликка шубҳа бўлганда, УАВ беморни юкумли касалликлар шифохонасига (булимига) ётқизиши лозим. Касалликнинг олдини олиш учун хайвонларни режали рави!пда мунтазам ветеринария куригидан утқизиш ва ахоли уртасида санитария-оқартув ишлари олиб бориш керак.

Сил касаллиги мавжуд бўлган учокларда яшовчи ёки еураб-суриштирилганда оиласида, иш жойида ушбу хасталикка чалинган беморлар борлиги аниқланса ҳамда юқори иситмалаш интоксикация, хансираш, Ы5пгал белгилари билан бошланса, упка силлини диесеминирлангаи, субфебрилли иситмалаш, нисбатан коникарли ахвол, аксарият холларда узок давом этувчи (ойлаб) балгамсиз йутал билан кечса учокли, иситмалаш, кон туфлаш билан бирга кузатилса инфильтратив шакллари тугрисида уйлаш лозим.

«Сил касаллиги» тугрисида батафеил

маълумот ушбу мавзуга багишланган маърузада кенг ёритилган.

Узок тухтовсиз давом этувчи гипертермиянинг сабабларидан бири сепсис хисобланади. Иситмалашнинг сепсисга хос турлари: гектик, кам холларда доимий, ремиттирловчи ёки тулкинсимондир. Унинг кузгатувчиси стрептококк, стафилококк, эшерихия, протей ва бошқа катор омиллар булиши мумкин. Сепсисга хос белгилардан бири беморда бирламчи инфекция учоги мавжудлиги (хар доим х, ам аниклашнинг имкони йук) ва ундан кузгатувнинг Конга утиши хамда зарарланган фагоцитларда ривожланиши (септицемия) хисобланади. Сунгра иккиламчи йирингли учок шаклланади (септикопиемия). Сепсис баъзан шок билан асоратланиши мумкин, унда йирингли учокларнинг барча аъзоларга таркалиши (жигар, упка, бош мия ва бошқалар) кузатилади. Инфекциянинг бирламчи учоги аникланса, сепсис иккиламчи деб аталади, мабодо у топилмаса, бирламчи ёки криптоген сепсис тугрисида суз юритилади.

Сепсис кузгатувчиси тери (чипкон, терининг таркалган яралари ва бошқалар), аёллар жинсий аъзолари касалликлари ва унда утказилган мушгажадар натижасида, уроген, отоген, криптоген йуллар оркали **тиришяши** ёки касаллик жаррохдик амалиётидан кейин ривожланиши мумкин. **УАВ** беморда сепсис мавжудлигига шубха килган холларда уни зудлик билан ихтисослаштирилган бўлимга (реанимация) ётқизиши лозим.

Узок; муддатли иситмалаш 15-20% холларда чегараланган учокли яллигланиш окибатида пайдо булади. Беморда йирингли жараён 5[^]чоги аникланса, иситмалаш сабабини ташхислаш кийинчилик тугдирмайди. Лекин айрим холларда йирингли учокни топишнинг имкони булмаса- да, (паранефрит, диафрагма хамда жигар ости абсцесси ва бошқалар) ремиттирловчи иситмалаш ва йирингли жараёнга хос булган лейицитознинг мавжуцлиги унинг борлигидан далолат беради. Шунингдек,, иситмалашга юрак кон-томир тизими (юрак аневризмаси, тромбофлебит),

кукрак кафаси (упка абсцесси ва гангрена, йирингли бронхоэктазлар, плевра эмпиемаси) ва корин бушлиги (бактериал перитонит, вирусли гепатит, уткир ва сурункали холецистит, жигар, жигар ости, диафрагма хамда тоз сохаси абсцесслари), сийдик чикариш йуллари (уткир ва сурункали пиелонефрит, апостаматоз нефрит, буйрак карбункули ва сили, паранефрит) касалликларида, простатитларда, тери, тери ости ёғ ва суяк тукимасининг инфекцияларида (инъекциядан кейин хосил булган инфильтратлар, абсцесслар хамда флегмоналар), ёток яралари, тиш ва жаг инфекцияси (жаг остеомиелитлари) хам сабаб булади.

Аксарият холларда септик учоклар эндокарда жойлашади. **Инфекцион ёки бактериал эндокардит**[ИЭ] - кон билан бирга айланиб юрган кузгатувчилар юрак копкокчалари, эндокард ва унга якин жойлашган магистрал томирларнинг (аорта, упка артерияси) узгарган эндотелиал каватига урнашб, унинг яллигланишига сабаб булади ва тромбоземболик, иммунопатологик хамда бошқа асоратлар чакиради. Сунгги йиллардаги маълумотларга Караганда, хар йили ИЭ билан касалланган беморлар сони дунё буйича ортиб бормокда. Шунинг учун УАВ ушбу касаллик тугрисида батафсил маълумотга эга булиши лозим. Илмий кузатувлар асосида юрак кон—томир тизимида зб'казилаётган жаррохлик амалиётларининг купайиши (натижада эндотелиал кават бутунлиги бузилиб, унга конда айланиб юрган микроблар урнашиб купайиш эхтимоли ортади), интравеноз ва интраартериал катетерлар, артериовеноз шунтлар, ташхислаш муолажаларида кулланиладиган асбобларнинг микроблар билан зарарланиши (нозокомиал ИЭ) хамда наркоманлар сонининг ортиши (наркотикларни томир ичига юборувчи) окибатида юза келиши исботланмокда. Бактерия (аксарият холларда хар хил турдаги стрептококк ва стафилококлар), микоплазма, замбуруг₅ риккетсия, хламидия ва вируслар касалликнинг

асосий сабабчилари хисобланади. Юрак копкокчалари узгармаган беморларда ИЭ касаллигининг ривожланишидаги хавф омилларининг 55-75% ни коринчалар ора тусик ассиметрик гипертрофияси, юрак дегенератив касалликлари ва дориларни томир ичига юборишни суиистеъмол килиш эканлиги исботланган. Митрал копкокчадаги патологик узгаришлардан келиб чикиб, ИЭ касаллигининг ривожланиш хавфини куйидаги даражаларга булиш мумкин: **Юцори даражадаги хавф омили** - юрак копкокчаларида бажарилган протезлаш амалиёти, йлгари утказилган ИЭ касаллиги, тугма юрак нуксонлари, очик артериал проток, аортал етишмовчилиги ёки стенози, митрал копкокчалар етишмовчилиги ва аралаш юрак нуксонлари. **Оралик; хавф омили** - регургитация билан кечувчи митрал копкокча пролапсининг стеноз билан бирга келиши, уч табакали копкокчалар нуксони, упка артерияси стенози, коринчалараро тусик ассиметрик гипертрофияси, аорта стенози, енгил даражадаги СЮЕ чалинган беморларда утказилган жаррохлик амалиётидан сунг биринчи 6 ой. **Паст хавф омили** - регургитация билан кечувчи митрал копкокчалар пролапси, булмачалар ора тусик дефекти, атеросклеротик буртмалар, тож артерияларининг яллигланиши, электрокардиостимулятор урнатилган беморлар, енгил даражадаги СЮЕ чалинган беморларда утказилган жаррохдик амалиётидан кейин 6 ой утгандан сунг.

Этиологияси - стрептокок, стафилокок энтерокок ва бошка микроблар.

Клиник-морфологик шакли:

- бирламчи;

- иккиламчи (узгарган юрак копкокчаларида).

Клиник кечиши

- утқир;

- ним утқир;

- чузилган а) нисбий ижобий оқибат билан кечиши, б) салбий оқибат билан кечиши.

Иммунологик вариант (миокардит, васкулит артрит, гломерулонефрит ва бошкалар) билан кечиш.

УАВ фаолиятида ИЭ касаллигининг аксарият холларда ним утқир кечиши учрайди. Унинг ривожланишига купинча беморлардаги мавжуд ангина, утқир респиратор касалликлар, пиодермия, шунингдек, тонзиллоэктомия, тиш олиш, урологик ва гинекологик муолажалар сабаб булиши мумкин. Тана хароратининг кутарилиши 80-85% беморларда кузатилади. Маъруза бошида келтирилган иситмалаш турларидан бирортаси

кузатилмаса хам, доимий ёки такрорланувчи тулқинсимон ноаник турдаги иситмалаш эгри чизигининг кайд этилиши купрок ушбу хаёталикка хос. Шу уринда Vaquez (1917) томонидан келтирилган куйидаги афоризм юкоридаги фикрни тасдиқлайди. «Юрак нуксони бор беморларнинг иситма варакасидаги олиб борилган даво чораларига карамасдан узок давом этувчи, ноаник, тургун ва тебранувчи хар хил эгри чизикнинг мавжудлиги — чузилган ИЭ касаллиги борлигидан далолат беради». Ушбу фикрни замонавий талқидт киладиган **булсак, юрак нуксонлари билан** бир жагорда, юкорида келтирилган **бошка хавф омилларини хам эътиборга** олиш лозим.

Таъхислаш: Бувда нафакат иситмалаш балки ИЭ олиб келган касалликка хос булган клиник белгиларни аниклаш ва бахолаш мухим ахамиятга эга. Умумий кон тахлилида лейкоцитоз (асосан стафилококкли инфекцияда), нейтропения (кучли интоккация), лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши, ЭЧТ ошиши, сийдик тахлилида протеинурия, килиндрурия ва гематурия (гломерулонефрит), биокимёвий тахлилда боғланган билирубин, АСТ АЛТ курсаткичларининг ошиши, диспротеинемия, кон экиб курилгандд касалликни чакирган микробларнинг усиши (ушбу синама нафакат таъхисни тасдиқловчи, балки антибиотиклар

билан даво чораларини танлашда ҳам хал килувчи текшириш усули хисобланади) аникланади. Эхокардиография текширувини утказиш муҳим аҳамиятга эга – булиб, 98 % ҳолларда унинг ёрдамида ташхисни тасдиқлаш мумкин. ИЭ дан улим курсаткичлари юқори бўлганлиги сабабли унга шубҳа бўлган ҳолларда зудлик билан беморларни шифохонага ётқизиш лозим.

Юқорида таъкидлаб **утганимиздек**, иситмалашга вируслар ҳам сабаб бўлиши мумкин. Улар орасида бутун дунёда, шу жумладан, Республикамизда ҳам купайиб бораётган ОИТС-инфекцияси алоҳида урин тутати. Ушбу синдром зурайиб боровчи антропоноз юкумли жараён хисобланади ва гемоперкутан йул билан юкади. Касаллик организмда чуқур иммун дефицит ҳолатини чакиради ҳамда оппортунист инфекция, ёмон сифатли усма ва ауто-иммун патологик жараёнларга хос клиник курунишлар билан намоён бўлади.

К[^]уйидаги ҳолатлар беморда кузатилса, УАВда ОИТС инфекциясига шубҳа тугилиши керак: иситмалаш ва диареянинг бир ойдан куп давом этиши, шу муддатда тана вазнининг сабабсиз 10% дан куп камайиши, узок давом этувчи зотилжам, самараси исботланган муолажаларни куллашга карамасдан доимий йутал, сепсис, икки ва ундан куп лимфа тугунларининг катталашishi, илгари соглом бўлган кишида сабабсиз акди заифлик белгиларининг кузатилиши. Одатда икки ҳафтадан икки ойгача давом этувчи яширин боскичдан сунг касалликнинг клиник даври бошланади ва 96% беморларда тана хароратининг кутарилиши билан намоён бўлади. Шунингдек,, беморда уткир ретровирусли синдром, инфекцион моноклеоз, грипп ва экзантемани эслатувчи белгилар кузатилади. Касаллик полисиндром белгилар билан кечганлиги сабабли уз вақтида ташхис куйиш анча мураккаб хисобланади. Шунинг учун таносил

касалликлари мавжуд бўлган, лимфа тугунлари катталашган, герпес, белбогсимон темирткига, силга чалинган беморлар ОИТС инфекциясига дойр серодиагностикадан злгишлари шарт.

Серологик синама мусбат натижа берган ҳолларда беморлар зудлик билан ОИТС марказига юборилишлари лозим. «ОИТС» тугрисидаги маълумот ушбу мавзуга бағишланган маърузада батафсил ёритилган.

Тана харорати кутарилишнинг (39 - 40° С) уткир бошланиши, калтираш, пешона ва куз сокдаси соҳасида огрик, ёругликдан куркиш хисси, куздан ёш окиши, тана мушакларининг қасиаб огриши купрок гриппга хос. Одатда иситмалаш ушбу касалликда 2-4 кундан куп давом этмайди. Мабодо унинг давомийлиги 5 кундан ортик бўлса, касалликнинг асорати тугрисида уйлаш лозим. Трахеит, ринит, фарингит, ларингитларнинг мавжудлиги грипп учун характерли узғаришлар хисобланади.

Ташихислаш: бурун ва танглай шиллик каватидан грипп виру сига флюоресцинция услубида антителаларни аниклаш.

Даволаш: ремантадин, оксолинли суртма, антигриппин, балгам кучирувчи бромгексин, куп микдорда иссик суюкликлар ичиш, бурунга нафтизин томизиш, галазолин, эфедрин, ментол ёғларини куллаш; унинг зотилжам билан асоратланишида- антибиотик ёки сульфаниламид препаратлари буюриш.

Тана харорати кун давомида меъёридан 3-4°С гача кутарилиб (гекгик ёки субфебрил), кичик бугимларда симметрик огрик, эрталабки қарахтлик ва кейинчалик уларнинг деформацияланиши (улнар девиация, бармоқларнинг урчуксимон шакл га кириши) билан кечса **УАВ** ревматоид артритга шубҳа килиши лозим.

УАВ юқорида санаб утилган белгиларни аниклаб, у ёки бу тизимли касалликлар тугрисида шубҳа килса, беморни ихтисослаштирилган шифохонага (булимга) даволаниш учун юбориши зарур.

Ушбу касалликлар тугрисидаги маълумот «Бириктирувчи тукуманинг тизимли касалликлари» ва «Бугим

синдроми»га багишланган маърузаларда батафсил ёритилган.

Юкорида баён килинганидек, иситмалашга багишланган адабиётларда уни келтириб чиқарувчи асосий уч омилдан бири усмалар ҳисобланади.

Купчилик усмалар ҳар хил турдаги иситмалаш билан (хусусан, лимфома, лимфогранулематоз, нефрокарцинома, йугон ичак, упка, жигар ва ошқозон ости беzi усмалари ва бошқалар) кечади. Баъзан иситмалаш олдинроқ кузатилиб, унинг бошқа белгиларидан устунлик килиши ёки маълум муддатгача ягона белги сифатида намоён булиши ҳам мумкин. Баъзи Холларда асосий жараёнга инфекция кушилиши окибатида иситмалаш пайдо (масалан, упка ракида зотилжам) булади. Бундан ташқари, усмаларнинг пироген моддаси ишлаб чиқарилиши ҳисобга олсак, уларнинг таъсири натижасида иситмалаш кузатилиши мумкин.

Субфебрил, интермиттирловчи, тулқинсимон ёки нотугри иситмалаш аксарият ҳолларда катта ёшдаги кишиларда учраса ҳамда тана вазнининг тез камайиб бориши, лимфа безларининг катталашishi аниқланса, беморларда сабабсиз дармонсизлик, иштахасизлик, антибиотиклар, ГКС ёки НЯКВ таъсирида тана ҳароратининг тушмаслиги кузатилса ва авж олиб боровчи салбий лаборатор курсаткичлар (анемия, ЭЧТ ошиши, гепатома ва гипернефромада эритроцитоз, ошқозон ости беzi ракида эса кайталовчи тромбофлебит) кайд этилганда, УАВ беморда усма борлигига шубҳа килиши лозим. Юкоридаги умумий белгилар билан бир каторда усманинг жойлашишига қараб у ёки бу аъзо зарарланишига ҳос симптомлар (упка ракида йутал билан бирга баъзан кон туфлаш, гепатобилиар соҳа усмасида сариклик, буйракда гематурия ва бошқалар) ҳам аниқланади. Тулқинсимон ёки **нотугри** иситмалаш баъзи ҳолларда лейкоз касалликларининг бошланғич белгиларидан бири булиши мумкин. Шу билан бир каторда, теридаги ҳар хил катталиқдаги гематомалар, милк ва бурун қонаши, бош айланиши, куз олди

коронгилашиши, қучайиб боровчи дармонсизлик ва кон таҳдилидаги мавжуд анемия, лейкоцитлар сонининг ошиши, ЭЧТ кутарилиши ушбу касалликларга шубҳа килишга асос ҳисобланади. УАВ беморларда усма касаллигига (шу жумладан, лейкозлар) ҳос белгиларни аниқласа, уларни зудлик билан тегишли мутахассис (онколог, гематолог) маслаҳатига юбориши лозим.

Катор ҳолларда иситмалаш айрим **дори воситаларини** қабул килиш натижасида пайдо булиши мумкин. У ёки бу дорини қабул қилаётган беморда ремиттирловчи, интермиттирловчи, икки тулқинли, гектик ёки субфебрил иситмалаш кузатилса ва уни тухтатгандан сунг тана ҳарорати меъёрига тушса, ушбу ҳолат дориларнинг ноҳуя таъсирида пайдо булган иситмалаш, деб аталади. Иситмалаш баъзан амфотерицин, антигистамин гуруҳидаги дорилар, барбитуратлар, допегит, пенициллин, новокаинамид, хинидин, салицилатлар, сульфаниламидлар, азотиоприн, изониазид, йодидлар, нитрофуранлар, стрептокиназа ва стрептомицинларнинг ноҳуя таъсири сифатида намоён булади.

Дори воситалари таъсирида келиб чиқувчи иситмалашлар қуйидаги ҳолатларда кузатилади: дори воситаси томир ичига юборилаётган вақтда ёки ундан сунг қиска вақт утгач пайдо буладиган иситмалаш (масалан, томир ичига дориларни оқим ёки томчилаб юборганда кузатиладиган пироген реакциялар);

► дори воситасининг самараси сифатида юзага келадиган иситмалаш (антибиотиклар таъсири натижасида катта микдордаги микроорганизмларнинг ноҳуц булиши ва улардан эндоген субсанциялар ажралиб терморегуляция марказига таъсири окибатида тана ҳароратининг кутарилиши - масалан, захмда, лептоспирозда, пневмокок зотилжам ва бошқалар);

► дори воситаларига организмнинг ута юкори сезувчанлиги окибатида юзага келадиган иситмалаш. Уларнинг пайдо булиши асосида иммунологик механизмлар ётиб, иситмалаш қучица

дорилар таъсирида кузатиладиган аллергия белгилари билан намоён (тери тошмалари, эшак еми) булади.

► дори воситаларининг нокуя таъсирида иситмалашнинг юзага келиш эхтимолини оширадиган омиллар:

► илгари анамнезида баъзи дориларга аллергияси булган беморларга бир вакгнинг **узида** бир неча хил дори воситалари юбориш;

► катта ёшдаги беморлар.

► дори воситалари таъсирида юзага келган иситмалашни даволашда ГКС куллаш (томир ичига юбориш тавсия этилади) яхши самара беради.

Марказий асаб тизими касалликларида кузатиладиган иситмалаш

Иситмалашнинг сабаби мия ва унинг каватларидаги инфекция учофгари, усма, жарохатлар ва кон куйилиши булиши мумкин. Ушбу ҳолатларда беморда тана хароратининг кутарилиши билан бир каторда бош миянинг учокли зарарланишига хос булган (**менингит, кон куйилишида** — гемиплегия, гемипарез, афазия ва бошқалар; **жарохатларда**— унга хос узгариш) белгилар кузатилади.

Ноаник табиатли иситмалаш

Куйидаги ҳолатларда иситмалаш номаълум табиатли деб аталади:

- тана харорати 38° Сдан юкори булса;
- унинг давомийлиги 3 хафтадан узок ^узилса;

- шифохона шароитида бемор ута синчковлик билан текширилишига карамасдан унинг сабаби бир хафта мобайнида аникланмаса.

УАВ беморда ноаник табиатли иситмалашга шубха килганда кам учрайдиган касалликлар тугрисида эмас, балки биринчи навбатда, кенг тарқалган патологик жараёнлар (уларнинг атипик кечиши) хакида уйлаши лозим. Унинг сабабини аниклашда синчковлик билан йигилган анамнез (илгари утказилган касалликлар, касби - хайвонлар билан ишлаши, якин орада сафарда булганлиги ва бошқалар) муҳим аҳамиятга эга.

Сунъий йул билан чакирилган иситмалаш

Баъзи ҳолларда (антибиотикларга чидамлилиқ кузатилганда, чузилган, кайталанувчи бактериал инфекцияларда, захм касаллигининг эрта даврида ёки унинг таъсирида асаб тизими шикастланганда, сузакнинг сурункали кечишларида, айрим тери касалликларида - псориаз, экзема, стрептодермия, сарамас) катор дорилар ёрдамида (пирогенал, пиромен ва пирексаллар) беморда сунъий йул билан иситмалаш чакирилади ва ундан сунг даволаш чора- тадбирлари утказилади. Табобатда бу усул пиротерапия деб аталади. Беморда юрак кон томир етишмовчилиги, ГК, КД, тиреотоксикоз, ЮИК ва хомиладорлик мавжудлиги пиротерапия утказишга карши курсатма ҳдсобланади.

Маълумки, юкорида кайд этилганлардан ташкари, УАВ фаолиятида учровчи бошка катор касалликларда ҳам иситмалаш кузатилади. Лекин уларни бир маъруза доирасида ёритишнинг имкони йук. Шуни эътиборга олиб, куйида биз Ф.И.Комаров ва ҳаммуаллифларнинг китобида баён этилган (1-8-жадваллар) иситмалаш билан кечиш эхтимоли булган синдромлар ва уларга олиб келувчи касалликларни ташхислаш мезонлари ҳамда ахборотли текшириш усуллари келтирдик. Улардан фойдаланиш шифокорга иситмалаш сабабини уз вақтида аниклаш имконини беради. Аммо уларда келтирилган ва касалликларни ташхислаш учун тавсия этилган айрим қушимча текшириш усуллари мутахассис шифокор маслахатидан сунг аниқ курсатмаларга асосан буюрилиши лозим.

Ташхис куйиш намуналари

^Иккиламчи инфекцион эндокардит уткир кечишининг иммунологик боскичи. Сурункали ревматик иситмалаш окибатидаги аорта копкакчалари етишмовчилиги; СК^АЕ ИБ (III ФК);

SIИккиламчи инфекцион эндокардитнинг сурункали кечиши дистрофик боскичи, Юракни тугма нуксони - очик Баталов йули. Нефрит гепатит. Сурункали упкали юрак декомпенсация боскичи; CIQ\Е III (IV ФК).

ФҶОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Браунвальде Е., Иссельбахара Дж. Под ред. Внутренние болезни, (перевод с английского). - М.: Медицина, 1993.
2. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней.- М.: Медицина, 1987.
3. Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону. Т. I. Москва. 2002.
4. Даминов ТА.; Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У. Инфекционные болезни в деятельности^ врача общей практики. Ташкент: «Янги аср авлоди», 2007.
5. Казаков В.С. Справочник врача общей практики. Т.2. Минск, 1995.
6. Каррей Х.Л. Клиническая ревматология. (Перевод с английского). М.: Медицина, 1990.
7. Комаров Ф.И. «Диагностика и лечение внутренних болезней». 2-Том - М.: Медицина, 1998.
8. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома - к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.
9. Краснов А.Ф. Семейная медицина. Самара: Самарский дом печати, том-1,2.1995.
10. Матвейков Г.П. Справочник по дифференциальной диагностике внутренних болезней.-Минск: “Беларусь”, 1990.
11. Мерта Дж. Справочник врача общей практики.. -М., 1998 г.
12. Назиров Ф.Г., Гадаев А.Г. Общая врачебная практика. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2005.
13. Палеев Н.Р. Болезни органов дыхания. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1990.
14. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином 2003.
15. Симбирцев С.А., Гурин Н.Н. Общая врачебная практика. Санкт-Петербург: Издательство СПб МАПО и «Лига», 1996.
16. Тейлор Р.Б. Трудный диагноз, 2 т., г М.: Медицина, 1988.

17. Чиркин А.А., Окорочков А.Н., Гончарик И.И. Диагностический справочник терапевта. Клинические симптомы, программа обследования больных, интерпретация данных. - Минск: “Беларусь”, 1994.

18. Шувалов Е.П. Инфекционные болезни.-М.: Медицина, 1990.

Нефрология фанидан маърузалар ишланмалари

16-МАВЗУ

Протеинурия ва пот

(Маъруза 2 соат)

Сийдик чўкмасидаги патологик ўзгаришлар буйрак ва сийдик йўллари касалликларидан кўп учрайдиган белгилардан бири бўлиб, у билан барча соҳадаги шифокорлар, жумладан умумий амалиёт врачлари ўз амалий фаолиятларида мунтазам равишда тўқнашадилар. Синдромни турли туманлиги ва носпецификлиги унга олиб келувчи сабабларни аниқлашда кўшимча кийинчиликлар туғдиради. Буйрак ва сийдик йўллари касалликлари экстраренал белгиларсиз (шиш, гипертензия) факат сийдик чўкмасидаги ўзгаришлари билан кечганда сийдик синдромининг диагностик аҳамияти янада ошади. Патологик сийдик синдромининг асосий кўринишлари протеинурия, гематурия, лейкоцитурия ва цилиндринуриялардир. Уларни ўз вақтида аниқлаш учун умумий амалиёт шифокоридан асосий касаллик тўғрисида чуқур билим, ҳамда махсус лаборатор ва асбобий текширишлар натижасини тўғри таҳлил қила билиш талаб қилинади.

Протеинурия

“Протеинурия” деганда сийдик билан физиологик нормадан (бир кунда 30-50 мг ва ундан ортиқ) юқори миқдорда оксилни чиқиб кетиши тушунилади.

Сийдикдаги оксил миқдори ва таркибини ўрганиш асосий касалликни аниқлашда катта аҳамиятга эга. Кон таркибидаги оксилларни сийдикка ўтиш жараёни жуда мураккаб ҳолат бўлиб,

буйрак коптокчалари, каналчалари фаолиятига ва ундаги қон айланишига боғлиқдир.

70 кг вазнга эга бўлган одамда буйракдаги қон айланиш тезлиги меёрида 1,1 л/мин. га тенг. Бир кун давомида соғлом буйрак таркибида 60-80 г/л оксил бўлган 180 л плазмани филтрлайди. Бунда шикастланмаган коптокча деворидан 30-50 г оксил ўтиши мумкин. Бу эса буйрак филтрацион тўсиғини юқори самарада ишлаётганидан далолат беради. Филтрат онкотик босимга қарши таъсир қилувчи гидростатик босим ёрдамида ҳосил бўлади. Бундан ташқари оксилни филтрдан ўтиши нисбий механик система электр зарядига ҳам боғлиқдир. 1 кунда 50-80 мг оксил ажралиб чиқиши буйракда патологик жараён борлигидан далолат беради. Сийдик орқали ажралиб чиққан оксил буйрак коптокчалари деворидан филтрланиб, (проксимал) буйрак каналларини проксимал қисмидаги ясси эпителийлар орқали реабсорбция (қайта сўрилмайдиган) қилинмайдиган маълум бир фракциялардан иборатдир. Замонавий текшириш усуллари ёрдамида соғлом одам сийдигида 20 дан ортиқ оксил фракцияларини аниқлаш мумкин бўлиб, улар преальбуминлар, альбуминлар, постальбуминлар, сидерофимен, церулоплазмин, гаптоглобулин, иммуноглобулин А, G ва бошқалардан ташкил топган.

Протеинурия синдромини таҳлил қилганда умумий амалиёт врачлари олдида қуйидаги муаммолар туради:

- - нормал ва патологик протеинурия чегарасини аниқлаш;
- - ҳар қандай протеинурия буйрак шикастланишидан далолат берадими деган саволларга жавоб бериш. Протеинурия миқдори баъзан буйрак шикастланманган ҳолларда ҳам чунончи жисмоний зўриққанда, сурункали юрак етишмовчилигида, умуртқа поғонаси лордозиди, таркибида оксилни кўп маҳсулотларни кўп истеъмол қилганда ҳам ошиб боради. Мазкур ҳолларда протеинурия миқдори бир кунда 5 г

гача етиб, улар 1% гача бўлган аҳоли орасида учраши мумкин.

Протеинурия классификацияси.

1. Касалликларга боғлиқлигига кўра

- функционал
- патологик

2. Манбаи бўйича:

- преренал (тўйинган)
- ренал (коптокчали ва каналчали)
- постренал (буйракдан ташқари, ёлғон кўриниши)

3. Таркиби бўйича:

- селектив
- носелектив

4. Миқдори бўйича:

- микроальбуминурия (бир кунда 300 мкг гача)
- енгил (оксил изи, ёки бир кунда 1 г гача)
- ўртача (бир кунда 1-3 г гача)
- юқори нефротик (бир кунда 3 г дан юқори)

Функционал (физиологик, зарарсиз)

протеинурия буйраги соғлом одамларда учрайди ва унинг патогенези ҳозиргача тўлиқ ўрганилмаган.

Нефронлардаги органик ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган патологик протеинуриядан фарқли ўлароқ физиологик протеинурия миқдори бир кунда 2 г дан ошмай кўпинча таъсир қилувчи омил (сабаб) бартараф этилгач, изсиз ўтиб кетади ва камдан-кам ҳолларда эритроцитурия, лейкоцитурия, цилиндрурия билан бирга кечади. Функционал протеинуриянинг бир неча турлари фарқланади.

Айрим соғлом одамларда совуқ ванна қабул қилганда, қўл панжаси ва билакларини 2-3 дақиқа совуқ сувга ботириб турганда тез ўтиб кетувчи протеинурия кузатилади. Бу ҳол уларнинг буйракларида рефлекс қон айланиши бузилиши натижасида юзага келади деб тушунтирилади. Терида кучли инсоляция таъсирида юзага келадиган albuminuria solaris ҳам юқоридаги механизм натижасида ривожланади деб тахмин қилинади.

Ўтиб кетадиган протеинурия кузатилиши мумкин бўлган ҳоллар:

- оқсилга бой озуқа истеъмол қилганда - алиментар протеинурия.
- эпилепсия хуружидан кейин ва бош мия чайқалганда марказий (центроген), ҳамда эмоционал яъни кучли хаяжонланишдан сўнг юзага келадиган протеинурия.
- узоқ вақт қорин ва буйрак соҳасини чуқур пальпация қилиш натижасида - пальпатор протеинурия.
- зўриқиш протеинурияси (маршли) - ишчи каналчалар протеинурияси бир кунда 1-2 г дан ошмайди ва оғир жисмоний зўриқиш натижасида юзага келиб, сийдикнинг биринчи чиқишида аниқланади ва кундалик жисмоний юкламаларда йўқолади. Бундай протеинурия одатда 2 та омилга боғлиқ: буйракда қон айланишини сустлашишига ва коптокчалар базал мембранаси гипоксиясига. Шу билан бир қаторда базал мембрананинг асосий моддаси таркибига кирувчи гиалурон кислотасини деполаризациясига олиб келувчи гиалуронидаза секрециясининг ошиши ҳам, базал мембрананинг ўтказувчанлигини ошишига олиб келиши тасдиқланган.
- Иситмалаш протеинурияси - коптокчали механизм билан боғлиқ бўлиб (бир кунда 1-2 г гача) кўпроқ ёш болаларда ва қарияларда лихорадка ҳолларида кузатилиб, тана ҳарорати нормаллашгандан кейин йўқолади. У коптокча капиллярлари деворини иккиламчи токсик-инфекцион шикастланиши натижасида юзага келиб, нефронларнинг бошқа қисмларининг шикастланиши кузатилмайди. Агар тана ҳарорати тушгандан кейин протеинурия сақланиб қолса, ўткир ёки сурункали яллиғланишни авж олганини аниқлаш учун қўшимча текширишлар ўтказилиши керак.
- Айрим ҳолларда 13-20 ёшдаги, астеник тана тузилишига эга бўлган ёшларда учраб, горизонтал ҳолда йўқоладиган ортостатик (лордотик, постдурал) коптокчали (бир кунда 1 г дан юқори бўлмаган) протеинурия алоҳида аҳамиятга эга. Одатда уларнинг эрталабки олинган сийдик таҳлилида оқсил аниқланмайди.

Патологик протеинурия буйрак шикастланиши билан келадиган барча касалликларда учрайди. Юзага келтирувчи механизмига кўра гломеруляр (коптокчали), тубуляр, аралаш, тўйинган ("overflow"), секретор протеинурия ва гистурия фарқланади.

Преренал протеинурия амалиётда кам учраса ҳам у алоҳида бир гуруҳга ажратилган. Преренал, "ортиқча" ёки тўйиниш протеинурияси лимфоплазмоцитар тизимнинг турли касалликларида бемор плазмасида кўп миқдорда тўпланиб, қонда айланиб юрган кичик молекуляр оғирликка (200000-400000 А) эга бўлган оқсилларни буйрак коптокчаларининг шикастланмаган деворидан филтрланиш, миқдорининг кўплиги сабабли тўлиқ сўрилмаслиги ёки уларни реабсорбцияси учун зарур бўлган ферментни йўқлиги туфайли умуман сўрилмаслиги натижасида юзага келади. Ушбу протеинурия таркиби асосан иммуноглобулинларнинг енгил занжирлари (Бенс-Жонс оқсили) миоглобин, гемоглобин, мезоцимлардан ташкил топган. Одатда сийдик орқали йўқотиладиган оқсил миқдори бир кунда 0,1 г дан 20 г гача бўлиши мумкин. Лекин ушбу протеинурия нефротик синдромни асосий белгиси ҳисобланмайди, чунки у гипоальбуминемия ва нефротик синдромга ҳос бўлган бошқа белгилар билан кечмайди.

Тўйинган протеинурия миелом касаллиги, Вальдерстрем макроглобулинемияси, томир ичи гемолизи, рабдомиолиз, моноцитар лейкоз ва бошқа шу каби касалликларнинг асосий белгиларидан биридир. Миелом касаллиги (плазмацитома) каналчалар обструкциясини юзага келтирувчи бир хил туркумдаги патологик иммуноглобулинлар ишлаб чиқариши билан кечади. Ушбу касалликда протеинурия энг турғун белги бўлиб, унинг миқдори бир кунда 20 г гача етади, ҳамда касалликнинг бошқа клиник белгилари (суяклардаги оғриқ, деструктив ўзгаришлар натижасида суякларни тўсатдан синиши, гепато ва спленомегалия, парастезия) билан

биргаликда кузатилади. Булардан ташқари қонда кучли М-градиентли диспротеинемия, юқори даражада патологик иммуноглобулинлар ва стернал пунктатда плазматик хужайралар аниқланади. Ушбу касалликда буйрак каналчаларини иммуноглобулинларни к ва λ -занжирлари ва уларга қарши антителалар, Тамма-Хорсфалл оксилли, қисман альбумин ва фибриногендан ташкил топган килиндрлар билан тўлиб қолиши кузатилади. Бу белгилар нафақат миелом касаллигида кўп тарқалган буйрак шикастланишигина бўлиб қолмай, балки аксарият ҳолларда ўткир буйрак етишмовчилиги келиб чиқишининг сабабчиси ҳамдир. Одатда сийдик таркибида оксил миқдори ортиши билан ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланиш хавфи ҳам ошиб боради.

Вальдестрем макроглобулинемиясида эса, патологик Ig M оксилли кўп миқдорда ишлаб чиқарилиб бемор қонида тўпланади. Бу касалликда буйрак шикастланиши камроқ учраб (15-20% ҳолларда протеинурия кузатилади), кўпинча спленомегалия, геморрагик синдром, қонда ЭҚТ жуда ошиб кетиши, айрим ҳолларда эса остеопароз, миелом касаллигига ўхшаш суякларда кўплаб остеолитик ўзгаришлар кузатилади.

Қоптоқча протеинурияси плазма оксиллари филтрацияланадиган базал мембранани шикастланиши туфайли юзага келади. Бунда кундалик протеинурия миқдори 0,1 г дан 20 г гача бўлиб, у альбумин, трансферрин, β_2 - микроглобулин ва γ -глобулинлардан ташкил топган. Бу турдаги протеинурия турли касалликларда, кўпинча ўткир ва сурункали гломерулонефритларда, амилоидозда, диабетик гломерулосклерозда ва буйрак веналари тромбозидан кузатилади.

Ўткир стрептококкли гломерулонефрит ангина, фарингит билан касалланган беморларда 10-12 кундан кейин ривожланиши мумкин. Сийдик тахлилида турли миқдордаги протеинурия билан бир қаторда эритроцитлар ва килиндрлар ҳам аниқланади. Касалликнинг экстраренал белгиларидан энг муҳимлари шиш,

артериал гипертензия ва олигурия хисобланади.

Каналчали протеинурия уларнинг проксимал қисмида оксилли етарлича сўрилмаслиги (туғма ва орттирилган фермент етишмовчилиги натижасида каналчаларни оксил билан тўйиниши) сабабли юзага келиб, бирламчи (туғма) ва иккиламчи (турли хил орттирилган касалликлар) тубулопатияларда учрайди. Бунда протеинурия кунда 2 г гача бўлиб, альбумин, β_2 -микроглобулин, лизоцим, иммуноглобулинларни енгил занжирларидан ташкил топган бўлади. Бундай протеинурия генетик тубулопатия (синдром Фанкони), ўткир каналчалар некрози, интерстициал нефрит, пиелонефрит, трансплантатни сурункали кечиши, металл(кўрғошин, кадмий, висмут, ртуть) тузлари билан захарланиш, айрим дориларнинг (салицилатлар, тетрациклин кабиларни сақлаш муддати ўтганда) токсик таъсири натижасида ҳам юзага келади. Улар орасида бир мунча оғир кечувчи, проксимал типдаги тарқалган тубулопатия Фанкони синдроми деб аталади. Бу синдром проксимал буйрак каналчалари ацидозни бикорбонатурия, тубуляр типдаги протеинурия, буйракли глюкозурия, фосфатурия, гипофасфатурия, полиурия ва остеомалация билан бирга кечади.

Ренал протеинуриянинг кўринишларидан бири оксилли буйракдан лимфатик йўллар орқали ўтишини бузилиши натижасида ривожланиб, кўпинча интерстициал нефрит ва пиелонефритда учрайди. Протеинуриянинг яна бир сабаби каналчалар эпителийси орқали оксилли кўп миқдорда ажратиши бўлиб, у гистурия деб аталади.

Постренал (буйракдан ташқари, сохта) протеинурия оксилга бой яллиғланиш экссудати сийдикка тушганда, сийдик чиқариш йўллариининг яллиғланиш касалликларида (простатит), сперма емирилганда, сийдик узок туриб қолганда юзага келиб, миқдор жихатдан кунда 1,0 г дан ошмайди.

Миқдорига кўра микроальбуминуриядан жуда юқори

(нефротик) протеинуриягача бўлган холат тафовут этилади.

“Микроальбуминурия” тушунчаси физиологик меъёрдан юқори, лекин протеинурия даражасидан паст миқдордаги альбуминлар экскрециясини билдиради. Унинг миқдори кунда 30-300 мг дан ошмайди.

Паст протеинурия кунда 300 мг дан 1 г гача бўлиб, кўпинча обструктив уропатия, тубулопатия, нефролитиаз, поликистоз, сурункали интерстициал нефрит каби касалликларда учрайди.

Унча юқори бўлмаган (кунда 1-3 г) протеинурия сийдик йўлларида ўткир яллиғланишида сийдик қопи сийдик найчаси рефлюксида, ўткир каналчалар некрозида, артериал гипертензия билан кечувчи сурункали интерстициал нефритда, гепаторенал синдромда, трансплантатни қўчишида, бирламчи ва иккиламчи гломерулонефритда (нефротик синдромсиз), амилоидозни протеинурик босқичида, функционал протеинурияда учраб, плазма таркибидаги умумий оқсил миқдорини камайтирмайди. Бу эса организмда оқсил синтезини оширувчи даво чораларини қўришни талаб қилмайди.

Юқори ёки нефротик протеинурия кунда 30 г дан кўп бўлади ва унинг гипоальбуминемия билан бирга келиши тўлиқ бўлмаган нефротик синдром мавжудлигидан далолат беради. Юқори (> 3,5 г/кунда) протеинурия ва гипоальбуминемия нефротик синдромни энг асосий белгиси ҳисобланиб у гиперлипидемия, диспротеинемия, шиш, қонни ивиш тизими фаоллашуви билан бирга кечса, бу ҳолда тўлиқ нефротик синдром ҳақида сўз юритилади.

Таркиби бўйича протеинурия :

Селектив протеинурияда пешоб билан бирга кичик молекуляр оғирликка эга бўлган оқсилларни, асосан альбуминларни ажралиб чиқиши тушинилади. Юқори селектив протеинурияда сийдик таркибида жуда кичик молекуляр оғирликка (40000-69000 А) эга бўлган альбумин, глобулин фрагментлари аниқланади. Селектив протеинурияда эса улар билан бирга молекуляр оғирлиги 150000 А га тенг

бўлган гаптоглобулинлар ҳам топилади. Буйракни гистологик текширганда минимал ўзгаришлар кузатилади.

Носелектив протеинурия учун ўрта ва юқори молекуляр оғирликка (α_2 -микроглобулинлар, молекуляр оғирлиги - 830000, гликопротеидлар, молекуляр оғирлиги- 930000) эга бўлган оқсиллар ажралиши ҳосил. Бу турдаги протеинурия оқсил спектори буйрак паренхимаси оғир шикастланганлигидан, айрим ҳолларда эса фибропластик ўзгаришлар юзага келишидан далолат беради.

Мустақил иш учун мавзулар:

Протеинурия билан кечувчи касалликларни этиологияси, патогенези, клиник вариантлари, этиологик омилларининг таъсири, клиник намоён бўлиши, синдромлар полиморфизми, лаборатор ташхислаш, фаоллик курсаткичлари, даволаш усуллари профилактикаси.

МУСТАҚИЛ ИШ УЧУН КУЙИДАГИ ТАРКАТМА МАТЕРИАЛИ БЕРИЛАДИ:

Гломерулонефрит (ГН) кенг тарқалган буйракни аутоиммун касаллиги бўлиб, буйрак коптокчаларининг бирламчи шикастланиши, кейин жараёни каналчалар ҳамда оралик туқималарга тарқалиши ва пировард натижада СБЕ ривожланиши билан характерланади.

Ўткир гломерулонефрит (УГН) - буйрак коптокчаларини ўткир иммун яллиғланиш касаллиги бўлиб, кейинчалик бу жараён буйракнинг барча туқималарига тарқалади ва буйрак ҳамда (ёки) буйракдан ташқари симптомлар билан бирга кечади.

Кўпинча болалар ва ёшлар орасида учрайди.

ГН сабаблари:

1. стрептококкли инфекция (ангина, фарингит, сурункали тонзиллитни кузғалиши, скарлатина, сарамас ва бошқалар),
2. стафилококкли, пневмококкли ёки вирусли инфекциялар утказган беморларда 10-12 кундан кейин ривожланади.

3. вакцина, зардоб, айрим дори ва кимёвий воситалар хам сабабчи булишши **УАВ** эсда тугиши лозим. Касаллик купрок; ёшларда учраб иммун тизимдаги узгаришлар унинг ривожланиш асосини ташкил килади.

Касалликни таснифи.

1. ГН кечиши буйича:
а) Уткир ГН.
б) Хавфли, шиддат билан кечувчи ГН.
в) Сурункали ГН.
2. ГН клиник аломатлари буйича:
а) Латент шакли.
б) Нефротик шакли.
в) Гипертоник шакли.
д) Аралаш шакли.
3. ГН боскичлари буйича:
а) ГН кайталаниш боскичи.
б) ГН ремиссия боскичи.
4. ГН даврлари:
а) ГН компенсация даври.
б) ГН субкомпенсация даври.
в) ГН декомпенсация даври.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ТАСНИФИ.

(Е.М.Тареев. 1983 й).

А. Иммунологик жараёнлар билан келиб чикувчи гломерулонефрит.

1. Иммунобирлашмали ГН.

1.1. Бирламчи, этиологияси маълум ГН:

- а) Стрептококк билан чакирилган ГН (экссудатив, пролифератив ва аралаш).
б) Бошка инфекцияларга алоқадор булган ГН (стрептококкли, пневмококкли, безгакли ва б.к.лар).

1.2. Этиологияси номаълум бирламчи ГН:

- а) Мембраноз ГН (мембранозли нефропатия).
б) Мезангиаль ГН (мезангиомембранозли, мезангиопротрофиеративли, мезангиокапиллярли, лобуляр).
в) «Зичлашган мембрана касаллиги».
г) А нефрит, Барже касаллиги.
д) Немтик (тез авжланувчи) ГН (экстракапилляр, пролифератив).
е) Диффуз фибропластик ГН.

1.3. Иккиламчи кушувчи тукима диффуз касалликлари билан алоқадор ГН:

- а) СКВ - нефрит.
б) Ревматик нефрит.
в) Ревматоидли нефрит.
г) Геморрагик васкулитда буладиган нефрит.

Д) Тугунчали препаратда буладиган нефрит.

е) Жигар билан боғлиқ гломерулопатия.

ж) Идиопатик аралаш криглобулинемияда буладиган нефропатия.

з) Хомиладорлар нефропатияси.

2. ГН алоҳида антитела механизми йули билан ривожланган турлари

а) Гудпасчер синдроми .

б) Экстракапилляр пролифератив ГН вариантлари.

в) Мезангиаль ГН вариантлари.

Б. Иммунологик механизмларга алоқадор булмаган ҳолда келиб чиққан ГН:

а) Липоидли нефроз (минимал узгаришлар билан кечадиган нефропатия).

б) Фокаль сегментар гломеруляр гиаменоз.

в) Учокли фибропластик ГН.

Тез авж олиб боровчи (Уткир ости ёки ёмон сифатли) гамерулонефрит -УГН каби бошланиб киска вақт (касалик бошлангандан 2 йил) ичида нефросклероз ва СБЕ ривожланиб улимга олиб келади. У бирламчи (идиопатик) ва иккиламчи (ТКВ,

Гудпасчер синдроми, аралаш криоглобулинемия, инфекцион эндокардит, геморрагик васкулит, тугунчали периартериит, Вегенер гранулематози) булиши мумкин. Тез авж олиб боровчи гломерулонефрит УГН каби аксарият ҳолларда стрептококкли инфекциядан кейин белдаги огрик ва макрогематурия билан уткир бошланади. Киска вақт ичида яққол намоён булган НФС, ёмон сифатли АГ, ретинопатия (куз пардасини кучиши, кур булиб қолиш), авж олиб боровчи буйрак етишмовчилиги ривожланади. БТТҚда тез авж олиб боровчи ГН касаллики илк белгиси булиши ёки мавжуд булган бошка белгиларга кушилиши мумкин. Агар зудлик билан даволаш чоралари олиб борилмаса 6-18 ой ичида беморлар буйрак етишмовчилигидан уладилар.

Касалликнинг идиопатик турида тана хароратини кутарилиши, миалгия, озиб кетиш, тромбоцитопения, микроангиопатик гемолитик анемия кузатилади. Ташхис қуйишда клиник белгилар ва асосан буйрак биопсиясида аникланадиган морфологик узгаришлар (ярим ой шаклидаги, учокли ва сегментар

некроз ривожланиши билан кечувчи эпителиал хужайраларни пролиферацияси), муҳим аҳамиятга эга.

Даволаш ихтисослаштирилган шифохоналарда мутахассислар томонидан олиб борилади. Уз вақтида бошланган “пульс-терапия”, турт компонентли даво (ГКС+ цитостатиклар+ гепарин+ дипиридамо), утказилган плазмаферез (иммунодепрессантлар ва ГКС билан) ва гемодиализ касаллик авжланшпини бир мунча секинлаштириб эрта буйрак етишмовчилиги ривожланишининг олдини олади.

Сурункали гломерулонефрит -

буйракларни коптокча, каналча ва интерстициал тукдшасини сурункали иммун яллигланиш касаллиги булиб, узок вақт давомида қайталанувчи ва авж олиб боровчи сийдик синдроми (протеинурия/гематурия) билан кечиб секин аста уни функционал фаолияти етишмовчилигига олиб келади. У аҳоли уртасида нисбатан кенг тарқалганлиги ва СБЕга олиб келувчи асосий сабаблардан бири эканлигини инобатга олиб қуйида унга батафсилроқ тухталиб эгасиз. Ушбу касаллик яширин (латент) кечиши ҳамда гипертоник, нефротик синдромларни алоҳида ёки бирга келиши билан намоён булиши мумкин. Яширин кечувчи СГН билан оғриган беморларда экстраурал белгилар кузатилмайди ва улар аксарият ҳолларда тиббий профилактика текширишлар вақтида аниқланади. Бундай бемор сийдигида кунда 1-2 г гача протеинурия, микрогематурия ва юкори булмаган қилиндруря аниқланади. СГН гипертоник синдром билан купрок ёшлар орасида учраб нисбатан паст протеинурия, микрогематурия билан кечади.

СГН кузиш ёки ремиссия даврида эканлигини тугри баҳолай билиш муҳим аҳамиятга эга. Улар қуйидагилардан иборат:

1. СГНнинг кузгалганлигини билдирувчи белгилар:
 - тусатдан пайдо булган НФС;
 - даволаш қийин булган АГ;
 - протеинурияни кескин ошиб бориши (5-10 марта);

- эритроцитурияни кескин ошиб бориши (5-10 марта);

2. Ремиссия белгилари:

- протеинурия ва эритроцитурияни қайтариши ва йуқолиш;
- АГни меъёр даражасига тушиши.

1. **Мезангиал - пролифератив** гломерулонефрит буйрак коптокчасидаги капиллярлар эндотелийсига иммун комплекслар (**IgG, IgA, муҳолларда IgM**) утириб қолиши натижасида ривожланади. Бирламчи мезангиал - пролифератив гломерулонефрит сабаби ноаниқ, иккиламчиси эса ТКД, Шенлейн-Генох касалликларида кузатилади. Ушбу касаллик билан оғриган аксарият беморларнинг аҳоли қоникарли булади. Айрим ҳолларда бел соҳасида оғрик ва умумий ҳолсизликдан шикоят қилишлари мумкин.

Улардан 10-30% да шиш синдроми, 16-25% да АГ кузатилиб, НФС жуда қамдан қам ҳолларда учрайди. Сийдик таҳлилида унча юкори булмаган протеинурия (қунига 1 г/л гача), микрогематурия, қилиндруря (50-70% беморларда) аниқланади. Мезангиал - пролифератив гломерулонефрит амалиётда куп ҳолларда яққаланган сийдик синдроми (50-60% беморларда) билан кечади. Гломерулонефритнинг ушбу тури бир мунча яхши сифатли кечиб, 10 йиллик яшаш 81% ни ташкил қилади.

IgA-нефропатия (Берже касаллиги) - мезангиал-пролифератив гломерулонефритнинг коптокчалар мезангиясига IgA утириб қолиши билан кечадиган тури. Бирламчи (идиопатик - сабаби ноаниқ) ва иккиламчи (сурункали гепатит В ва С, ошқозон, ичак, ошқозон ости беши ва упка усмаси, Крон, Шенлейн-Генох касаллиги ва бошқалар) турлари фарқланади. У аксарият ҳолларда ёш болаларда ва 30 ёшгача булган эркакларда купрок учрайди. Ушбу касалликнинг кузғалишига иситмалаш билан кечадиган юкори нафас йуллари касаликлари туртки булади. қайталовчи оғриксиз макрогематурия IgA- нефропатияни асосий клиник белгиси ҳисобланади. Ушбу белги унча қучли булмаган бел соҳасидаги тумток оғрик, КБни транзитор

кутарилиши, енгил протеинурия айрим холларда эса уткир буйрайс етишмовчилиги (буйрак каналчаларини эритроцитар килиндрлар билан бекилиб колиши хисобига) белгилари билан кечиши мумкин. морларнинг тахмйнан 23% да АГ кузатилади. Касалликнинг кечки боскичларида 15-30% беморларда НС ривожланади. Касаллик аста-секин авжланиб бориб 10-15 йиллардан кейин СБЕга олиб келади. Крн таркибида куп микдорда IgA-аникланиши уни кайталоовчи гематурия билан кечувчи бошка касалликлардан (буйрак усмаси, сили, (буйрак тош касаллиги (БТК), сийдик копи усмаси ва сили, геморрагик васкулит ва бошкалар) фарклагга ёрдам берсада ушбу гурух беморлар онколог ва уролог куригидан угишлари лозим.

IgM-нефропатия амалиётда жуда кам учрайди ва купрок эркалар касалланади. Аксарият беморларда огир НГ(яккол намоён булган шишлар, протеинурия $>3,5$ г/кунига, гипопроteinемия, гиперхолестеринемия) кузатилади, кейинчалик АГ купшлади. Касаллик доимо авжланиб боради ва СБЕ ривожланишига олиб келади.

2. Мембраноз-пролифератив (мезангиокапилляр) гломерулонефритни хам бирламчи ва иккиламчи турлари тафоввут этилади. Иккиламчи тури аксарият холларда 30 ёш атрофидаги эркалар орасида БТТК, тизимли васкулитлар, Шенлейн-Генох касаллиги, инфекцион эндокардит, гепатит каби касалликлар асосида ривожланади. Касалликнинг ушбу тури яккол намоён булган шиш (анасарка куринишигача) ва огир АГ билан бошланиб 20 % холларда макрогематурия, тахминан 50 % холларда НФСга хос булган клиник ва лаборатор белгилар билан бошланади. Айрим беморлар бел сохасидаги симмилловчй огриклар, умумий холсизликдан шикоят киладилар. Касалликнинг 5-6 йилида терминал буйрак етишмовчилиги ривожланади.

3. Экстракапилляр диффуз пролифератив гломерулонефрит купрок 30- 40 ёшларда учраб уткир бошланади. Тахминан 50% беморларда диурезни

кескин камайиши (олигоурия даражасига кадар), чанкаш, бош огриши, иштаханинг йуколиши кузатилади. Объектив куриқда тери квпламларининг рангпарлиги, юз ва оёкларда, корин бушлигида шишлар мавжудлиги аникланади. Касалликнинг эрта даврларида АГ ва СБЕ белгилари кушилади.

4. Фокал-сегментар гломерулосклероз барча СГНларнинг 5-10% ташкил килади. Купинча 10-40 ёшдагилар орасида учрайди. Эркалар аёлларга нисбатан 2-3 марта к^шрок касалланадилар. Ушбу касаллик уткир бошланиб, беморларда шиш (яккол намоён булган НФС), огир АГ белгилари кузатилади ва аксарият холларда юрак етишмовчилиги кушилади. Сийдик тахлилида нисбий зичлигини пасайиши, юкори протеинурия (одатда кунлик йукотиш 3,5 г ва ундан куп), килиндрурия, микрогематурия ва биокимёвий тахлилда НФСга хос булган белгилар, креатинин микдорини ошиши, гипергаммапобулинемия аникланади.

5. Мембраноз гломерулонефрит унча юкори булмаган ва баъзан йуколиб турувчи протеинурия билан бошланади. Йиллар утиши билан протеинурия доимий тую олади (80% холларда НФС ривожланади) ва кейинрок АГ кушилиши мумкин. Ушбу турдаги СГНда боишчаларига нисбатан купрок веналар (буйрак веналарида хам) тромбози кузатилади.

6. Минимал узгаришлар билан кечувчи гломерулонефрит барча холларда уткир бошланиб, беморларда кучайиб борувчи шиш, эрта НФС белгилари ривожлади. АГ ва буйрак етишмовчилиги белгилари кам учрайди. Ушбу клиник белгилар тусатдан уз-уздан утиб кетиши мумкин. Беморларда юкори альбуминурия, 20-30% холлардаэса микрогематурия кузатилади.

7. Фибропластик (склерозловчи) гломерулонефрит юкорида санаб утилган морфологик турларнинг барчасини жамланиши ва касалликнинг кечки боскичларида кузатилади. Унинг асосида буйрак коптокчалари

склерози, тубуло-интерстициал фиброз ётади. СГНнинг ушбу тури яккол намоён булган НФС, огир АГ ва СБЕ белгилари (унга багишланган маърузада батафеил ёритилган) билан кечади.

Юкорида санаб утилган морфологик турлари буйрак биопсияси натижасида аникланади. Согликни саклаш тизимининг бирламчи бугимларида ушбу текшириш усулидан фойдаланишни иложи булмаганлиги сабабли амалиётда СГН клиник белгиларига асосланиб таххисланади.

СГНни куйидаги турлари фаркланади:

1. СГН яккаланган сийдик синдроми билан (латент) кечганда бемор ахволи коникарли, экстраренал симптомлар кузатилмайди. Умумий сийдик тахлилида нисбий зичлиги меъёрда, протеинурия кунда 1-2 г, микрогематурия, унча куп булмаган килиндрурия (гиалинли ва эритроцитар) ва лейкоцитурия аникланади. Ушбу тури бирламчи ва иккиламчи (бошка турларини қисман ремиссия даврига утганда) булиши ва айна вақтда бошка клиник шаклларига трансформацияланиши мумкин. СБЕ белгилари касалликнинг 10-15 йилларида ривожланади.

2. СГН беморларнинг 10-20% да **НФС** билан кечади. Унга яккол намоён булган шиш (гидроторакс, гидроперикард, асцит, анасарка), юкори протеинурия (кунда 3,5 г дан куп) диспротеинемия, гипопроteinемия, гиперлипидемия каби белгилар билан бир каторда килиндрурия, микрогематурия, анемия, ЭЧТ ошиши, тузсуш мувозанатининг бузилиши ҳамда коннинг ивиш тизимидаги узгаришлар хос. СГН ушбу клиник шакли **нефротик криз, тромбозмболиялар** билан асоратланиши мумкин (нефротик синдромга багишланган маърузада батафеил ёритилган).

3. Беморларнинг 20% да СГН **АГ** билан кечади. Ушбу ҳолатда уларнинг бир қисми умуман шикоят қилмаслиги, айримларини эса қучли бош. оғриши, бош айланиши, қуш олди хиралашиши, қуришни ёмонлашиши, юрак соҳасида оғрик, юрак уриб кетиши, ҳаво етишмаслиги безовта қилади. Қуриқда юрак чегарасини чапга

кенгайганлиги, қуш тубидаги узгаришлар (артерияларни торайиши, мусбат “қесишиш”, “қумуш” ёки “мис сими” феноменлари, яккаланган ёки қуплаб кон қуиилишлар, қурув нерви сургичини шиши) аникланади. Сийдик тахлилида бир оз протеинурия, микрогематурия, нисбий зичликни ва қоптоқчалар филътрациясини эрта пасайиши қузатилади. Ушбу гуруҳ беморларда уткир чап қоринча етишмовчилиги (юрак астмаси, упқа шиши) ривои Еланиши мумкин.

4. Касаллик 6-8% ҳолларда юкори **гематурия**, ёки тургун макрогематурия, яккол намоён булмаган протеинурия ва шиш синдроми билан кечади. Бу IgA (Берже касаллиги) -нефритига хос.

5. СГН 10% беморларда юкорида санаб утилган симптом ва синдромларни бирга қупшлиб қелиши қузатилади.

Юкорида қелтирилган маълумотлар гломерулонефритлар мураккаб қечувчи ва барча ҳолларда СБЕга олиб қелувчи касаллик эканлигини тасдиқлайди. Шунинг учун унга шубҳа булган ҳолларда УАВлари беморларни зудлик билан ихгисослаштирилган булимларга юборишлари лозим. Шунингдек, касалликнинг қушғалган даврида ҳам даво қоралари шифоҳона шароитида утқазилади.

СГН қушғалишини, авжланншини ҳамда СБЕ ривожланишини олдини олиш мақсадида қуйидаги қора-тадбирлар олиб қорилиши лозим:

- совуқ таъсирдан сакланиш, касаллик қушғалишига сабаб булиши мумкин булган уткир ва сурункали инфекция учоқларини бартараф этиш, қурурият булганда антибактериал даво олиб қориш;
- парҳезга (шифокор тавсиясига қура) риоя қилиш;

СГНнинг нефротик ва латент клиник ҳамда мембраноз, мезангиопротифератив, мезангиомембраноз, минимал узгаришлар билан қечувчи морфологик турларини даволашда ГКС ни қуллаш яхши самара беради. Гипертоник, аралаш, гематурик клиник турларида ва СБЕ ривожланган ҳолларда ГКСни қуллаш тавсия этилмайди. Ушбу клиник ҳолатларда

хамда касалликнинг мезангиокапилляр, фокал-сегментар, мембраноз морфологик турларида цитостатикларни куллаш мақсадга мувофиқ.

ГН да УАШ ТАКТИКАСИ.

Шифохонадан чиқкандан сунг барча беморлар доимий равишда УАВ кузатувида булишлари лозим. СГН латент ва сийдик синдроми билан кечганда **УАШ** томонидан йилда 2 марта курик утказилади. Бунда бемор тана вазни, Кр улчанади, куз туби курилади, **УКТ, УСТ**, кунлик протеинурия, кон таркибида креатинин, умумий оксил ва унинг фоакциялари, электролитлар микдори, КФ ва каналчалар реабсорбцияси аникланилади. Касалликнинг гипертоник турида диспансер курик ва юкорида санаб утилган текширишлар 1-3 ойда (КҒ даражасига кура), нефротик турида эса 1 ойда бир марта утказилади.

Адабиетлар:

- Мухин Н.А., Тареева И.Е. Шилов Е.М. Диагностика и лечение болезней почек. 2 издание. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2002.
- Jannette J. “Клубочковые болезни почек”. <http://webmed.irkutsk.ru/nephr.htm>
- Сандриков В.А., Садовников В.И. Клиническая физиология трансплантированной почки. Москва: МАИК "Наука / Интерпериодика", 2001г.
- Эмануэль В.Л. “Лабораторная диагностика заболеваний почек”. Санкт-Петербург, 2006 г.
- Тареева И.Е. Нефрология. Руководство для врачей. Медицина, Москва, 2000.
- Чиж А.С. Нефрология в терапевтической практике. <http://webmed.irkutsk.ru/nephr.htm>
- Шейман Д.А. Патофизиология почки. Москва, Санкт-Петербург: БИНОМ, Невский диалект, 2002г.
- Руководство по диализу. Пер. англ. Под редакцией Т. Даугирдас, Питер Дж. Блейк, Тодд С. Инг. - Третье

издание. - М.:Центр диализа. - Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2003г.

- Витворт Д.А., Лоренс Д.Р. Руководство по нефрологии. Медицина, Москва, 2000.
- Храйчик Д.Е, Седор Д.Р. Секреты нефрологии. Под редакцией Ю.В.Наточина. Санкт-Петербург, 2001.
- Ермоленко В.М. Хроническая почечная недостаточность. <http://webmed.irkutsk.ru/nephr.htm>
- Хроническая болезнь почек. Рекомендации по диагностике и лечению.

17-МАВЗУ

Хомиладорликда учрайдуларни аниклаш ва кеч

(Маъруза 2 соат)

Хомиладорлар купрок уткир гестацион пиелонефрит ва хомиладорликнинг кечки токсикозида нефропатиялар билан мурожаат қилишади.

ПИЕЛОНЕФРИТ (сўрункали, гестацион)

Хомиладорлик нормал кечганда буйрак ва сийдик йулларида морфологик ва функционал узгаришлар билан кечади. Хомиладорлик вақтида буйрак хажми коптокча аппарати гиперфункцияси хисобига ортади ва буйракдан плазма оқиши эффективлиги 50-25%га ортади. Хомиладорлик пиелонефрити. Хомиладорликда ҳам буйрак шикастланиши мумкин. Унинг ривожланишида гармонал физиологик узгаришлар, асоосий рольни уйнайди. Купрок биринчи марта хомиладар булганлар огрийди, чунки организм утиб кетувчи гармонал ва иммунологик узгаришларга мослашмаган булади. Купгина аёлларда пиелонефрит хомиладорликни иккинчи триместри охири учинчи триместри бошларида (20-26 хафта ва 32-34 хафта) пайдо булади, чунки бу даврда сезиларли гармонал узгаришлар

булади, тугрукдан кейинги даврда барча аёлларда 4-6- хафтада учрайди.

Келтириб чикарувчи омиллар:

- ❖ Ретроград инфекция
- ❖ Сийдик пуфаги → сийдик найи рефлюкси
- ❖ Сийдик ажратиш тизимидаги яллигланиш
- ❖ Хомиладорликда прогестерон микдорини ошиши
- ❖ Сийдик найи компрессияси
- ❖ Иммунитетнинг пасайиши

Симптомлари ва кечиши:

Клиник куриниши хомиладорлик муддати ва юкори сийдик йулларида сийдик пассажи бузилиш даражасига боглик булади. Хомиладорликнинг биринчи 3 ойлигида огриклар бел сохасида кучли булади. Иккинчи ва учинчи уч ойликда огрик камрок булади. Одатда уткир пиелонефрит хомиладорлик ва тугрукка хеч кандай таъсир килмайди. Сурункали пиелонефритда эса камдан-кам токсикозлар, хомиладорликни кутара олмаслик ва муддатдан олдинги тугруклар булиши мумкин.

УАШ тактикаси. Касалликни кечишига кура даволаш комплекс ва индивидуал белгиланиши керак. Хомилага зарарли таъсирини олдини олиш учун, хомиладорликнинг биринчи 3 ойлигида табиий ва ярим синтетик пенициллин (ампициллин, карбенициллин) лардан фойдаланиш керак. Иккинчи ва учинчи 3 ойликда эса саналганлардан ташкари аминогликозид гурухидаги антибиотиклар (гентамицин, канамицин), цефалоспоринлар, линкомицин, бошка яллигланишга карши препаратлар (5-НОК, невиврамон, уросульфам) ларни бериш мумкин. Дори моддаларни кўллаганда она сути оркали чакалокка ўтиши мумкинлигини хам хисобга олиш керак. Иситмалаган беморларда антибактериал терапияни 1 сутка мобайнида эффекти бўлмаса, бузилган сийдик пассажини тиклашга 2 томонлама сийдик каналини катетерлаш йўли билан эришилади. Буйракдаги яллигланиш жараёни тугрукдан кейин хам давом этиши мумкин, шунинг учун узок вакт давомида уролог назорати зарур бўлади.

Касаллик келиб чиқиш механизми кетма-кетлиги:

- Прогестерон микдорин ошиши
- Е син
- БУБ
- Ренин
- Ангиотензин I, ангиотензин II
- АКБ кутарилиши
- БУБ
- Альдостерон
- На реарбсорбцияси
- Суюкликни ушланиб колиши
- Шиш

Хомиладор нефропатияси 3 триместрда юзага чикади.

Хомиладорлар НП клиникаси:

артериал гипертензия, протеинурия, олигурия, шиш, коптокча фильтрациясини пасайиши билан куринади. Бундай холатда УАШ бор кучини хомиладорларда пиелонефритни диагностика килишга каратади. Хомиладорлар диагностикасида УАШ олдига беморларни ШВП (КВП) ва ихтисослашган стационар шароитда даволанишга мухтож гурухларга ажратиш саволларини ечиш муаммосини куяди.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ (ГК, гестацион гипертензия, симптоматик гипертензия)

2004-йил Зазуля О.В. 227 та хомиладорларни текшириб АГ кечиши буйича 4 та вариантга булган

1. I-типик кечиши:
АКБ ни 1-2 триместрда уйнаб туриши. 3-триместрда кутарилиши
2. II -ностабил кечиши:
АКБ ни кутарилиши, дистония эпизодлари билан
3. III-атипик кечиши:
а) 1-2 триместрда АКБ кутарилиши
б) 3-триместрда стабил АКБ
в) гестозлар кушилиши
4. IV-криз холатда кечиши

УАВ эр - хотинларга келажакда соғлом авлод тугилиши учун куйидагиларни тавсия килишлари керак:

- соғлом аёлларда репродуктив фаолият учун кулай давр 20-35 ёшлар оралиги

хисобланади; тугруклар оралиги 3-4 йилдан кам булмаслиги керак; эр-хотин ёки уларнинг бири уткир юкумли касалликдан тузалган булса, хомиладорлик камида 2 ой утгандан сунг юзага келиши мақсадга мувофиқ эканлигини тушунтириш;

- хомиладорлик юзага келиши учун энг кулай давр куз ва киш фасллари дир, чунки бу вақтда тусатдан юзага келадиган мутациялар ва иммун қаршилиқ хавфи сусайган булади;

- аёл режалаштирилаётган хомиладорликдан 2 ой олдин қимёвий моддалар билан алоқада булиш эҳтимоли булган ҳудуддан олиб кетилиши зарур;

- эр-хотинга режалаштирилаётган хомиладорликдан 2 ой олдин зарарли одатлардан (алкогол, чекиш, наркотиклар) бутунлай воз кечиш уқтирилади; '

- сурункали соматик ҳасталиклари булган аёллар хомиладорликни қасалликни 1-5 йил давомида ҳуружларсиз тулик ремиссия давридагина режалаштиришлари лозим (қасалликнинг турига қараб);

- хавфли омиллар таъсирида булган ишчи аёлларга хомиладорликни режалаштириш тулик адаптация - мослашишдан сунг тавсия қилинади (ишлаб чиқаришда 1-2 йил ишлагандан сунг).

Фертил ёшдаги аёллар профилактик қуриги қуйидагиларни уз ичига олади:

- фертил ёшдаги аёлларнинг ҳар йилги тиббий қуриги урнатилган ҳажмдаги лаборатор ва асбобий текширишларни утказиш билан олиб борилади;

- урнатилгандан ташқари, қушимча текширишларга муҳтож булганларга барча замонавий ташхисий усуллардан фойдаланилади;

- қасаллик пайдо булиши ва ривожланишига олиб келувчи хавф омиллари булган фертил ёшдаги аёллар аниқланади;

- қасалликлар эрта босқичларда ташхисланади;

- фертил ёшдаги аёлларда хомиладорликка булган нисбий ва мутлақ қарши қурсатмалар борлигини аниқлаш билан бирга, саломатлиги индивидуал баҳоланади;

- зарур тиббий ва ижтимоий тадбирлар

мажмуасини ишлаб чиқиш ва уни амалга ошириш (аниқланган хавф омилларини бартараф этиш, мавжуд қасаллик ва унинг асоратларини дорилар ва дориларсиз даволаш, соғлом турмуш тарзини олиб бориш ва контрацепция танлови буйича маслаҳат бериш) ҳамда профилактик қуриқдан кейинги саломатлигини динамик қузатишни ташкил қилиш.

Фертил ёшдаги аёлларни ҳар йилги тиббий қуриги вақтида қуйидаги тадбирлар амалга оширилади:

- умумий амалиёт врач қуриги;

- махсус ишлаб чиқилган анкета-суровнома асосида тулик анамнез йиғиш (умумий ва акушерлик анамнез лари) (1-илова);

- антропометрик улчовлар (буйи, тана вазни ва унинг индексини (ТВИ) аниқлаш учун);

- аёлларни гинекологик қуриқ, 18 ёшдан цитологик текшириш учун суртма олиш, 15 ёшдан (қурсатма булса) тугри ичак орқали бармоқ билан текшириш;

- қуриш уткирлигини аниқлаш;

- эшитиш даражасини аниқлаш;

- қон тахлили (ЭҚТ, гемоглобин, лейкоцитлар, қурсатма булса, қанд микдорини аниқлаш);

- сийдикни оксилга текшириш;

- ЭҚГ (3 йилда 1 марта 15 ёшдан бошлаб, 40 ёшдан ҳар йили);

- 40 ёшдан сунг қуз ичи босимини улчаш;

- қуқрак қасаси аъзолари флюорографияси (рентгенографияси) йилда бир марта;

- маммография 35 ёшдан кейин 2 йилда 1 марта;

- қурсатмалар булганда тор мутахассислар қуриги;

Юқорида қурсатилган текширишлар ҳажми ФЁА профилактик қуриқлари вақтида утказилиши мажбурий ҳисобланади. УАВ ва бошқа мутахассислар томонидан аёлда қасалликлар аниқланса, улар чуқурроқ лаборатор-асбобий текширишларга муҳтож буладилар. Қурсатмаларга биноан, қатор клиник ва биокимёвий тахлиллар буюрилади (сийдикни умумий тахлили 4-Нечипоренко синамаси, ахлатнинг умумий

тахлили / шжжа тухуми/, Вассерман реакцияси, ОИТС кон тахлили, HbsAg, кон ва сийдикда канд микдори, вднда билирубин, ферментлар,⁵ холестерин, мочевиная протромбин, кон зардобиди Fe) ва асбобий текширишлар (УТТ, КТ, ЯМР, ЭФГДС) ва' бошқалар (баъзан тор мутахассислар билан келишилган холда) утказилади. ЭГК аниқланган ФЭА, лар амбулатор карталарида келтирилган лаборатор-асбобий текширишлар булиши лозим.

Экстрагенитал касалликлари булган фертил ёшдаги аёлларда утказилиши лозим булган лаборатор-асбобий текширишлар ОП ва КВП аёллар куриги хонасида УАВ тиббий курикларни акушерка билан бирга олиб боради. Бу хонанинг асосий вазифаси беморни врачача булган сураб-суриштириш, 18 ёшдан бошлаб гинекологик касалликлариаёллар жинсий аъзолари, тери, лаби, курак безлари, тугри ичакда жойлашган хавфли усмалар хамда усма олди холатларини эрта аниқлаш максидида профилактик куриклар утказишдан иборат.

Умумий амалиёт врачлари акушерка билан хамкорликда курик хонасида куйидагиларини бажаради

- акушерлик ва гинекологик анамнез йиғиш;
- йил давомида ОП ёки КВПга илк бор мурожаат килган 18 ёшдан ошган хамма аёлларни куриқдан утказиш;
- тери ва ташки жинсий аъзолар куриги; кин оркали бимануал текшириш, ойна оркали бачадон буйнини куриш, курсатмаларга биноан кизларда (15 ёшдан бошлаб) тугри ичак оркали бармок билан текшириш;
- курак безлари куриги ва пальпацияси, маммографияга йуллаш (35 ёшдан бошлаб 2 йилда 1 марта);
- соғлом аёллардан 18 ёшдан бошлаб йилда 1 марта, (хавфли омиллари ва жинсий аъзолар патологияси булган аёллардан хам) цервикал каналдан атипик хужайраларга суртма олиш;
- тугри ичакни бармок билан текшириш - 30 ёшдан бошлаб;
- зарурият булса, аёлларни (касаллик ёки

унга шубха булса) тор мутахассисларга юбориш (акушер- гинеколог, онколог ва бошқалар);

ФЭА ларни профилактик куриклари биринчи навбатда, хавф омилларини бартараф этиш, касалликлар олдини олиш, шунингдек,, уларни эрта, фаол аниқлаш ва даволашга қаратилган. Ушбу хавф омилларини УАВ томонидан уз вақтида бартараф этилиши кейинчалик аёллар репродуктив фаолияти ва хомила соғлиғига таъсир килувчи бир канча касалликлар ёки холатлар (аёллар жинсий аъзолари ривожланиши аномалиялари, бепуштлиқ, эрта ёки кеч хайз куриш, огир токсикозлар, эрта ёки кечки хомилани ташлаш, уз-уздан аборт, хомила олди сувларининг эрта кетиши, кон кетиш, хомиладорликнинг вақтидан утиши, хомиланинг улик ёки нуксонли тугилиши ва бошқалар) олдини олишни таъминлайди.

Муствакил иш учун мавзулар:

Хомиладорликда кечувчи касалликларни этиологияси, патогенези, клиник вариантлари, этиологик омилларининг таъсири, клиник намоён булиши, даволаш усуллари, госпитализацияга курсатма, хомилани олиб ташлашга курсатма.

МУСТАКИЛ ИШ УЧУН КУЙИДАГИ ТАРКАТМА

МАТЕРИАЛИ БЕРИЛАДИ:

Хомиладорлик сурункали буйрак касалликлар кузғалиши, уткир гестацион пиелонефрит индуцирланиши ва хомиладорлик кечки токсикози доирасидаги махсус нефропатиялар кабиларни яхши сифатли фониди кечади.

Хомиладорлик нормал кечганда буйрак ва сийдик йулларида морфологик ва функционал узғаришлар билан кечади. Хомиладорлик вақтида буйрак хажми коптокча аппарати гиперфункцияси хисобига ортади ва буйракдан плазма окиши эффективлиги 50-25%га ортади.

Хомиладорлик пиелонефрити. Хомиладорликда ҳам буйрак шикастланиши мумкин. Унинг ривожланишида гармонал физиологик узгаришлар, асоосий рольни уйнайди. Купрок биринчи марта хомиладар булганлар огрийди, чунки организм утиб кетувчи гармонал ва иммунологик узгаришларга мослашмаган булади. Купгина аёлларда пиелонефрит хомиладорликни иккинчи триместри охири учинчи триместри бошларида (20-26 хафта ва 32-34 хафта) пайдо булади, чунки бу даврда сезиларли гармонал узгаришлар булади, тугрукдан кейинги даврда барча аёлларда 4-6- хафтада учрайди.

Симптомлари ва кечиши: Клиник куриниши хомиладорлик муддати ва юкори сийдик йулларида сийдик пассажи бузилиш даражасига боглик булади. Хомиладорликнинг биринчи 3 ойлигида огриклар бел сохасида кучли булади. Иккинчи ва учинчи уч ойликда огрик камрок булади. Одатда уткир пиелонефрит хомиладорлик ва тугрукка хеч кандай таъсир килмайди. Сурункали пиелонефритда эса камдан-кам токсикозлар, хомиладорликни кутара олмаслик ва муддатдан олдинги тугруклар булиши мумкин.

УАШ тактикаси. Касалликни кечишига кура даволаш комплекс ва индивидуал белгиланиши керак. Хомилага зарарли таъсирини олдини олиш учун, хомиладорликнинг биринчи 3 ойлигида табиий ва ярим синтетик пенициллин (ампициллин, карбенициллин) лардан фойдаланиш керак. Иккинчи ва учинчи 3 ойликда эса саналганлардан ташкари аминогликозид гурухидаги антибиотиклар (гентамицин, канамицин), цефалоспоринлар, линкомицин, бошка яллигланишга карши препаратлар (5-НОК, невиврамон, уросульфам) ларни бериш мумкин. Дори моддаларни кўллаганда она сути оркали чакалокка ўтиши мумкинлигини ҳам хисобга олиш керак. Иситмалаган беморларда антибактериал терапияни 1 сутка мобайнида эффекти бўлмаса, бузилган сийдик пассажини тиклашга 2 томонлама сийдик каналини катетерлаш йўли билан

эришилади. Буйракдаги яллигланиш жараёни тугрукдан кейин ҳам давом этиши мумкин, шунинг учун узок вақт давомида уролог назорати зарур бўлади.

Даволаш принципи.

Касаллик ривожланишини бошлангич боскичларида беморнинг ётиш ҳолатини узгартириш тавсия этилади, яъни беморни чанок сохасини бироз кутариб, аёлни соғлом томонига ётқизилиши тавсия этилади ёки оёқларини коринга томон буклаб, кулларини курак сохасига буклаб, юзини пастга каратиб ётиш тавсия этилади. Ётишнинг бухили купинча омиладорликнинг 2-ярмида кулланилиб, бачадонни бир оз олдинга огишига ҳамда сийдик йулларига булган босимни камайишига ёрдам беради.

Пиелонефритнинг хомилага

таъсири:

- 1 хомиланинг гипотрофияси
- 2 хомиланинг вақтидан олдин туғулиши
- 3 чакалоқларда йирингли септик касалликлар
- 4 юкори перинатал улими

Гестацион пиелонефрит

профилактикаси:

- 1 рационал суюқлик ичиш, шур овкатларни камайитириш
- 2 кольпитни ва уретритни уз вақтида даволаш
- 3 антибиотик ва сульфаниламидларни профилактик буюрилиши

Буйрак касалликларида

хомиладорликка карши курсатма:

- 1 сурункали пиелонефрит, буйрак етишмовчилиги
- 2 ягона буйрак пиелонефрити
- 3 мутахкам гипертензия еки азотемия билан кечадиган сурункали пиелонефрит

Хомиладорлик пиелонефритида

куп учрайдиган асоратлар:

- 1 хомиладорликнинг барвақт тухташи
- 2 хомиладорликда преэклампсиянинг кушилиб келиши
- 3 хомила гипотрофияси
- 4 хомиланинг антенатал улими
- 5 куп сувлик
- 6 йулдошнинг барвақт кучиши

Унг томонда пиелонефрит

купрок учраш сабаби:

- 1 унг тухумдон венасини сийдик йуларини

Адабиётлар:

- Мухин Н.А., Тареева И.Е. Шилов Е.М. Диагностика и лечение болезней почек. 2 издание. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2002.
- Jannette J. “Клубочковые болезни почек”. <http://webmed.irkutsk.ru/nephro.htm>
- Сандриков В.А., Садовников В.И. Клиническая физиология трансплантированной почки. Москва: МАИК "Наука / Интерпериодика", 2001г.
- Эмануэль В.Л. “Лабораторная диагностика заболеваний почек”. Санкт-Петербург, 2006 г.
- Тареева И.Е. Нефрология. Руководство для врачей. Медицина, Москва, 2000.
- Чиж А.С. Нефрология в терапевтической практике. <http://webmed.irkutsk.ru/nephro.htm>
- Шейман Д.А. Патифизиология почки. Москва, Санкт-Петербург: БИНОМ, Невский диалект, 2002г.

ГЕРИАТРИЯ ФАНИДАН МАЪРУЗАЛАР ИШЛАНМАЛАРИ

18-МАВЗУ	<i>Гериатрия фани тугрисида тушунча, унинг "мақсади ва вазифалари. қариш ва қарилик тугрисидаги умумий тушунча.</i>
-----------------	--

(Маъруза – 2 соат)

МАЪРУЗА МАТНИ

(матн таркатма материали сифатида берилади)

Инсон саломатлиги ва унинг ҳаётининг давомийлиги организмнинг қариш жараёни билан ҳамбарчас боғлиқдир. Шунинг учун соғлиғини сақлаш тизимида энг долзарб масалалардан бири булган геронтология фани одамнинг қариш жараёнини урганадиган фан бўлиб, юнонча *geros* -қари ва *logos* -билими деган маънони англатади.

Геронтология ва гериатрия саломатлик фани бўлиб, ҳамширалик ишида асосий уринни эгаллаши лозим, чунки қарилик деб аталмиш купгина узғаришлар эрта - етуклик, хатто усмирлик даврларида ҳам бошланиши мумкин. Геронтология асосини қариш биологияси ташкил қилади, аммо қарилик муаммолари комплекс бўлиб, биотиббий, психологик, антропологик, ижтимоий-иқтисодий муаммолардан иборатдир. У турли хил билимлар асосида келиб чиқиб тобора ошиб бормоқда.

Геронтологиянинг асосий мақсади инсонни фаол ва тула қонли ҳаётини узайтириш йулларини излаб топишдир. Геронтология тиббий биология фани билан ҳамбарчас боғлиқ бўлиб, қариш сабабларини молекула ва хужайралардан то бутун организмгача урганади. Кекса ёшдаги беморлар хизмат қилиш ҳар бир тиббий ходимларининг меҳнатини асосини ташкил этади, чунки тиббий хизматга муҳтож беморларнинг 25-30 фоизини кекса ёшдаги беморлар ташкил этади. Бундан ташқари демографик курсаткичлар ҳам қариялар томонидан ошиб бормоқда. Бу эса уз навбатида геронтология соҳасидаги билимлар доирасини янада чуқурроқ кенгайтиришга олиб келади.

Геронтология фани қуйидаги таркибий қисмлардан иборатдир:

Қариш биологияси, Гериатрия, Герогигиена, Геронтопсихология, Геродермия, Геродиетика, Героэкология.

Гериатрия–кекса, ёши қайтиб қолган кишиларда касалликларнинг кечиши хусусиятларини урганадиган фан бўлиб, Соғлиқни Сақлаш тизими амалиётига тобора чуқурроқ кириб бормоқда.

Герогигиена – кексайган ва катта ёшдаги кишилар гигиенасини урганадиган фандир.

Геронтопсихология – кексалар психикаси ва феъл-атворини урганадиган фандир.

Геродиетика—кексайган кишилар овқатланиши ва унинг хусусиятларини урганадиган булимдир.

Геродермия—кексайган кишилар тери қоплами хусусиятларини урганувчи булимдир.

Героэкология—қариш жараёнига экологик омилларнинг таъсир этишини урганувчи булимдир.

Геронтология фанининг тарихи

Қарилик муаммолари инсонларни қадим замонлардан бери қизиқтириб келган.

Қариш, қарилик – ёши улғая бориши билан биргаликда организмда пайдо буладиган узғаришлар натижасида қонуний руй берадиган жараёндир. Дунё аҳолиси сонининг қариялар хисобига ошиши тиббиёт соҳасида гериатрия фанининг ривожланишига сабаб бўлди.

Қариликнинг биринчи таърифи ва сабаблари антик даврга туғри келиб, қадимги Юнон шифокори Букрот (э.р.ав V - IV аср) томонидан қариликни организм қуриши ва тана иссиқлигининг йуқолиши натижаси деб баҳо берган. Платон эса қариликка урта ёшдаги ҳаёт тарзининг таъсирини таъкидлаб утган. қариликни секинлаштирувчи сир-асрорлар қадимги Хитой ва Хинд тиббиётида чуқур ёритилган. Булардан ташқари узоқ яшаш сирлари ҳақида қадимги Юнон олимлари Арасту ва Букротлар уз тажрибаларида урганганлар. Шунингдек буюк оратор ва ёзувчи Цицерон ҳам бу фан ҳақида уз фикрларини баён этган. Рим шифокори Галеннинг айтишича, қариликдаги саломатлик бошқа ёшдаги саломатликлардан фарқ қилади ва бу ҳолат касаллик ва саломатлик уртасидаги оралик ҳолат деб хисобланади. Россияда қарилик муаммоларига бағишланган қариликни узайтириш масалалари 18 аср уртасига туғри келади. Масалан: рус шифокори И.Фишернинг “ «қарилик, унинг даражалари ва касалликлари» (1754й) китоби мисол була олади. Россияда ва бутун жаҳонда илмий геронтология асосчиси буюк рус олими И.И.Мечников хисобланади. Кейинчалик геронтология фанининг ривожланишига А.А.Богомолец, А.В.Нагорный, В.Н.Никитин, И.П.Павлов ва бошқа купгина олимлар хисса қушганлар. 1938 йил Киевда қарилик муаммоларига бағишланган 1-конференция утказилган. Германияда эса шу йили 1-геронтология журнали чиқарила бошлаган. 20-аср урталарига келиб геронтология фан сифатида ривожланган. Асримизнинг 2-ярмида қарилик муаммоларига нисбатан купгина табиий (биология, тиббиёт) ва ижтимоий фанлар (демография, иқтисодиёт ва бошқалар) томонидан эътибор кучайди. Қарилик асосларини биологик ва физиологик текшириш усуллари катта аҳамиятга эга бўлди. 20-аср бошларида эркин илмий фан сифатида ривожланиб, организм ҳаётий давомийлигини аниқловчи механизмлар ҳақидаги фан-ҳаётни узайтирувчи биология билан чамбарчас боғланди. Бунда Америка олими Р.Пирл, таниқли геронтологлар А.Комфорт ва Б.Стрелерлар утказган текширувлари катта ёрдам берди.

1958 йили Киевда дунёда энг катта геронтология институти ташкил этилган бўлиб, 1963 йили геронтолог ва гериатрларнинг Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилотининг қарилик жараёни ҳақидаги семинарида қабул қилинишича

- 45 ёшдан 59 ёшгача уртача ёш
- 60 ёшдан 74 ёшгача кексайган ёш
- 75 ёшдан 89 ёшгача қариган

- 90 ёшдан катта ёшдагилар узоқ умр қурувчилар деб аталади. Хар йили қариялар сони ер юзида 2,4% га купаймоқда. Унинг сабаби: аҳолини ижтимоий-иқтисодий ҳолатининг, ҳамда гигиеник шароитнинг яхшиланганлигидадир.

Инсон ҳаётида қариш жараёнининг кечиши

Қарилик - организм ёши оскичидир. қарилик жараёнларида орган ва туқималардаги узғаришларга ташқи муҳит таъсир қилади. қариликдаги узғаришлар физиологик жараён бўлиб, купчилик олимлар фикрига қура бирламчи касаллик хисобланмайди, лекин организмнинг функционал қобилятининг чекланишига ва ташқи зарарли омилларга чидамлилигининг пасайишига олиб келади. қариликнинг сунгги босқичи-қариш бўлиб, у инсон уз ҳаёти давомида ички ва ташқи таъсирлар оқибатида келиб чиққан функционал етишмовчиликнинг натижасидир. Бундан ташқари қариш биологик парчаланувчи жараён

булиб, бунда организмнинг мослашиш қобилияти чеклана бориб, турли патологик узгаришлар ривожланади ва улим муқаррарлиги тезлашади.

Куп хужайрали мураккаб организмлар умри давомида анатомик, балки функционал жихатдан ҳам маълум бир узгаришларни бошдан кечиради. Бу узгаришлар ёши утган сари уларнинг ташқи куруниши ёки уларнинг «habitus»ида ҳам намоён булади. қариликда юз териси куруқ, буришган, серажин, илвиллаган, ранги паст, юпқалашганлиги натижасида тери остидаги томирлар буртиб куруниб туради. Бош қисмидаги соч толалари оқарган, сийраклашган, кузлари нурсиз, оғиз бушлиғида тишлар етишмайди, умуртқа поғонаси камроқ ёки купроқ букчайган, ҳаракатлари сустлашган, қийинлашган. Бу белгилар қариликка хос бўлган белгилардандир. Куриш ва эшитиш қариликда пасаяди. қари одам тез-тез жунжикади. Буйи ва вазни ҳам камаёди. Эркак киши 50-85 ёшлар уртасида камида 3 смга, аёллар эса 4 смга пасаяди. Нормда эркакларда тана вазни 40 ёшда, аёлларда эса 50 ёшда максимал ҳолатда булади.

Қариш жараёнининг даврийлиги

Ёшнинг даврийлиги–инсон ҳаётини биологик, қисман ижтимоий ва иқтисодий тавсифларга асосан алоҳида босқичларга булиш демакдир. Инсон туғилгандан сунгги ривожланиш “босқичлари сони 3-4 гача булиши мумкин. Содда ва кенг қамровли (универсал) тасниф уз ичига 3 та даврни олади: болалик, усмирлик, қарилик. қадимги Юнон файласуфи ва математиги Пифагор (эр.ав. IV аср) инсон ҳаётида йилнинг фасллариға боғлиқ 4 та даврни ажратади:

- 1 тикланиш “ «баҳор»(0-20 ёш)
- 2 ёшлик “ «ёз» (20-40 ёш)
- 3 ғайратга тулиш “ «куз» (40-60 ёш)
- 4 сунлиш ««қиш» (60-80 ёш)

Бизнинг юртимизда ёшга қараб қуйидаги даврларга булиш тавсия қилинган:

1.Она қорнида ривожланиш (антинатал давр)

1)эмбрионал давр.	0-2 ой (антинатал давр)
2) хомила (фетал давр)	1 антинатал ривожланишнинг 2-9 ойи
2.Постнатал ривожланиш :	
1) перинатал давр	Антинатал ривожланишнинг 28-хафтаси–постнатал даврининг биринчи 10 куни
2) чакалоқлик даври	ҳаётнинг 1-ойи
3) эмизиклик даври	1ой – 1 йил
4) эрта болалик даври	1 – 3 йил
5) биринчи болалик даври	4 – 7 ёш
6) иккинчи болалик даври	8 – 12 ёш (уғил болалар) 12 – 15 ёш (қизлар)

Шуни таъкидлаб утиш лозимки, ёшнинг даврийлигини чегаралаш шартли равишда олинган: табиийки бу чегара у ёки бу томонга сурилиши мумкин. Айниқса бу ҳолат қарилик даврига туғри келиб, бу даврни кексаликдан ажратишда қийинчилик туғдиради.

Шу билан бизга маълумки, ёшлик давридан етуклик даврига утишда, инсон ҳаётининг пасайиб бориши 30-35 ёшдан бошланади, лекин сезиларли узгаришлар 45 ёшдан сунг бошланади. Нафақа ёшига туғри келувчи 45-59 ёшни физиологик ва ижтимоий хусусиятларга кура «урта» ёш деб қараш тавсия қилинади. Бу даврда одатда турли эндокрин узгаришлар кузатилиб, климакс ривожланиши ва қарилик жараёнларига таъсир қилиши эркакларга нисбатан аёлларда кучлироқ намоён булади.

Кексалик ёши, шунингдек иш қобилиятининг ва фаоллик даражасининг сақланиши билан ҳам характерланиши мумкин, бунда ҳаёт циклининг охириги этапи – физиологик қарилик 75 ёшдан бошланиши аниқланган. Узоқ яшовчилар (90 ёшдан юқори) кечки физиологик қарилик модели сифатида қаралади.

Геронтология адабиётида «физиологик» ва «вақтидан олдинги» қариш терминлари кенг ишлатилади. Физиологик қариш деганда – қариликдаги узгаришларни аста-секин

ривожланиши ва табиий бошланиши тушунилиб, организмнинг ташқи мухитга мослашиш қобилиятининг чекланиши тушунилади.

Эрта қариш – соғлом одамлар ёшига нисбатан турли узгаришларни эрта пайдо булиши тушунилади. Бошқача қилиб айтганда инсоннинг биологик ёши (паспорт ёши) дан узиб кетади.

Инсоннинг тез қаришга олиб келувчи турли патологик жараёнлар қариликка хос булган ташқи белгиларни ёшликда эрта пайдо булиши сабаблари клиницистларга яхши маълум. Шунингдек қариликнинг узи ҳам инсонни беморларни узининг ёшидан катта курсатишига сабаб бўлади. Бундай касалликларга атеросклероз, юик, хафакон касаллиги, қандли диабет, гипотиреоз, семизликни киритиш мумкин.

қариш жараёнида канцерогенез кучаяди, аутоиммун бузилишлар юзага келади, бу патологик ҳолатни ёш ошган сари ривожланишнинг кучайиши билан асосланади. қариликка хос булган узгаришларнинг организмда эрта бошланиши касаллик келиб чиқишини кучайишига олиб келади. Бундан хулоса шуки, касаллик қаришни тезлаштиради. Қарилик эса – касалликни авж олдиради. Демак, физиологик қариш биологик детерминирланган биологик жараён ҳисобланади, эрта қариш эса–турли омиллар билан боғлиқ булган табиий жараён кечишни узгаришидир. Эрта қаришга олиб келувчи мойил омиллар қуйидагилар: гиподинамия, узоқ ва тез-тез қайтариловчи асабий-эмоционал зуриқиш, тартибсиз овқатланиш, сурункали касалликлар, зарарли одатлар ва наслий мойиллик (ота-онаси ҳаётининг қисқа давомийлиги).

Қарилик турлари

Геронтологиянинг асосий масалаларидан бири қуйидагилардан иборат: қариш жараёни қандай ҳолат – нормал, физиологик ёки касалликмик. Бу савол қадимдан бўён хал қилиб келинади. Рим файласуфи Теренций Публий биринчи булиб «қарилик касалликдир» деган, Сенека эса «қарилик – бедаводир» деб таъкидлаган. Гален эса, қарилик – касаллик эмас, балки организмнинг алоҳида бир ҳолати, лекин ёшликка характерли булган соғлиқ эмас. У қариликни соғлиқ ва касаллик орасида деб билган. Френсис Белон эса «қарилик касаллик ва уни даволаш керак» деб билган.

Замонавий геронтологияда ва гериатрияда физиологик ва патологик қарилик масаласи бу жараёнларнинг нафақат специфик белгиларини аниқлашда, балки уларнинг ривожланиш этапларини, кечиш динамикасини, уларнинг кечишда умумийлик ва хилма-хилликни аниқлашдан иборат.

И.В.Давидовский шуни таъкидлаганки, қарилик фақат биологик сабабларга кура эрта ва кеч бўлади ва ҳар доим уз вақтида бўлади, фақатгина улим бевақт бўлади.

В.В.Фролькис фикрича – «физиологик қариш деганда секин қарувчи, организмни ташқи мухитга мослашиш имкониятларини чегараланувчи, улим эҳтимоллигини купайиши билан кечувчи ёки улғайишининг тури билан боғлиқ» – деб тушунади.

Табиий (физиологик, нормал) – қарилик деб одам популяциясининг биологик, мослашув бошқариш имкониятларига туғри келадиган ёш улғайишининг аниқ бир босқичда ва кетма кетликда келишига айтилади.

Секинлашган (ретардланган) қарилик – ёш улғайишининг, ҳамма популяцияга қараганда секинлашган босқичда кечиши билан фарқланади. Бу тип қариликнинг қурилишига узоқ умр қуриш феномени киради.

Вақтидан олдин (потологик, тезлашган) қарилик – эрта бошланган ёш улғайишини ёки уларнинг у ёки бошқа ёш даврда янада ёркинроқ намоён булиши билан характерланади. Вақтидан олдин қариликни аниқлаш, нафақат ҳаёт давомийлигини оширишнинг индивидуал программасини тузишга имконият яратади, балки уни келиб чиқишининг эндоген ва экзоген механизмларини билишга асосланган комплекс профилактик чора тадбирларини уз вақтида қулланишига олиб келади. Биологик ёшни аниқлаш вақтидан олдинги қарилик синдромини диагностика қилишнинг усули ҳисобланади.

Бу жараён ташки мухит фактори иқлимий, касбий, ижтимоий-иқтисодий, экологик, турмуш ва бошқа) таъсиридан келиб чиқади, яна одам организмнинг аниқ бир орган ва системаларига, ҳар хил, айниқса сурункали касалликларнинг таъсир қилишидан ҳам келиб чиқади. Вақтидан олдинги қариликка олиб келадиган факторларни йуқотиш соғлиқни сақлаш тизими ва ижтимоий геронтологияни асосий стратегик вазифаси бўлиб ҳисобланади.

Ҳозирги пайтда геронтологлар шу фикрга келишдики, вақтидан барвақт қарилик 40-50 ёшларда пайдо бўлади. У салбий соматик, ижтимоий-руҳий ва иқтисодий аспектларига эга. Вақтидан олдин қарилик - эрта эсзадантациянинг қизиқишларнинг чегараланиши, ҳаётдан қониқмаслик шахснинг дестабилизациясининг сабабларидан биридир. Вақтидан олдин қариликнинг энг ахамиятли оқибати ноактив ва қари аҳолини тутиб туриш учун узига ҳамма чикимларини оладиган ишга лаёқатли аҳоли сонининг камайишидир. Бу босқичда геронтологиянинг энг муҳим вазифаларидан бири нафақат ҳаётни узайтиришни ҳал қилиш, балки қариликнинг мавжуд белгиларини аниқлаш ва асосийси, уларнинг қари одамни жамиятда ва оиладаги урнига таъсир қилиб ривожланишини бошқариш.

Хужайра, органларнинг қариш жараёнидаги морфологик узгаришлари.

Организмдаги чуқур анатомик ва функционал узгаришлар қарилик инволюцион процесси тушунчасини англатади ва бу процесс узок давом этади. Анатомик узгаришлар қарилик атрофияси қуринишида склерозга мойиллик ҳолатида характерланади, бу ҳолат моддалар алмашинувининг бошқача бўлиб қолиши, шунингдек жинсий безлар функциясининг сусайишига ҳамиша эндокрин мувозанатнинг бузилишига, яъни янгиланиш ва емирилиш мувозанатининг бузилишига олиб келади. Бундай ҳолатга ёрқин мисол, “«анорексия» иштаҳанинг пасайиб кетиши, бу ҳолат туқималарнинг яшаши учун зарур бўлган энергия манбаи, озуқа моддаларига бўлган талабининг пасайиб кетиши қуринишида намоён бўлади. қарилик атрофияси деганда хужайраларда юз берадиган регрессив узгаришлар йиғиндиси, яъни хужайралар ҳажмининг, сонининг камайиши ва улар протоплазмасида физикавий ва морфологик узгаришлар руй бериши терининг юпқалашувида, суяк ва тоғай туқималарининг муртлашувида, тери ости ёғ қатламининг йуқолишида намоён бўлади. Аёлларда “” mensis ” тугаганидан кейин, яъни “ «климакс» бошланганидан кейин тухумдонлар ва бачадон кичраяди. Инволюцион жараёнида бош мия вазни ҳам камаяди.

Нерв туқималарида пигментли, ёғли дегенерация ва атрофик узгаришлар руй беради.

қон айланиш системасида-атеросклероз ҳолати вазомотор узгаришларга сабабчи бўлади. Булар одамнинг бошига қон қуйилиб келиши билан ифодаланади артериал босим купинча кутарилади.

Юракда – миофиброз қайд этилади, бу эса юрак фаолиятини сусайтиради, қон айланиш системасининг етишмовчилигига ва органларнинг озуқа моддаларига ва кислородга билан туйинмаслиги маълум бир клиник симптомларга сабабчи бўлади, булар: бош айланишида, хотиранинг пасайишида, уйқунинг бузилишида, оёқ қуларнинг кучсизлигида намоён бўлади. қарилик ҳар бир организмда индивидуал ривожланади. Инсоннинг ёшини биологик ва календарь, яъни хронологик тарзда урганиш мумкин. Купинча, қариш жараёни инсоннинг ёшига мос келмайди. Масалан, 60 ёшли одам организмда 70 ёшга кирган одам организмга ҳос бўлган структур узгаришлар, функциялар бузилиши кузатилади. Демак, физиологик қариш билан бир қаторда эрта қариш жараёни ҳам мавжуд экан. Инсоннинг календар ёши биологик ёшидан қанча катта бўлса, қариш жараёни шунча секин кечади, умри узаяди. Ҳозирги тиббиётнинг вазифаси эрта қаришни олдини олиш ва унга қарши кураш бўлиб, инсоннинг турмуш тарзи, ижтимоий муҳити қаришга таъсир этадиган омилларни йуқотиш. қариш жараёни организм ҳаёт фаолиятининг молекуляр, хужайра, орган, система ва бутун организм даражасида ривожланади ва бу узгаришлар бир-бири билан узаро боғлиқдир.

В.В. Фролькис назариясига биноан организм қаришида адаптацион- регуляр механизмнинг бузилиши содир бўлади. қариш – мураккаб биологик жараён бўлиб, организм ҳаёти мобайнида унга таъсир этаётган эндоген ва экзоген омиллар муҳим физиологик функциялар ишини издан чиқаради. қаришни олдини олиш учун экзоген омиллар таъсирини камайитириш, экологик турмуш тарзини яратиш зарур, бу эса умрни узайтиради. Эволюция

мобайнида организм хаёт фаолиятида қариш билан қарама-қарши булган жараён витаукт мавжуд булиб, витаукт (vitae лотинча хаёт, auctum – узун дегани)

Организм мослашиши қобилиятини оширади, умрни узайтиради. қариш ва витаукт жараёнларининг узаро алоқаси инсон организми тузулиши билан пайдо булади ва умрни узайтиришни ифодалайди. Геронтологларни фикрича организмнинг қариш жараёнида табиий, физиологик ва эрта тезлашган қариш тафовут килинади. Физиологик қариш организмда кетма-кетлик билан содир буладиган табиий узгаришлар булиб, организмнинг биологик хусусиятларига мос келади, атроф-мухитга мослашуви чекланади.

Эрта қариш – ёшга боғлиқ узгаришларни эртароқ пайдо булиши, бунда инсоннинг биологик ёши унинг календар ёшидан узиб кетиши аниқланади.

Эрта қариш сабабларини 2 турга ажратиш мумкин:

- Эндоген омиллар
- Экзоген омиллар

Эндоген омилларга организмнинг турли касалликлари, ирсий омиллар, хромосом касалликлар киради.

Экзоген омилларга рухий стресслар, гиподинамия, нотуғри овқатланиш, семириш, зарарли одатлар, экологик мухит таъсир қилади. Организмни эрта қаришига энг куп сабабчи булган касалликлар атеросклероз, артериал гипертония, сурункали упка касалликлари, ошқозон, жигар касалликлари, асаб ва эндокрин касалликларидир. қариш жараёнида ирсият мухим ахамият касб этади. Эрта қариш ёки узок умр куриш наслдан наслга утиши исботланган.

Аёлларда қариш жараёнининг анча секин бориши хам генетик аппарат хусусиятларига хамда аёлларда зарарли одатларнинг йуқлигига боғлиқ. қариш куп учокли умум биологик жараён булиб, хужайраларнинг ядросида, цитоплазмасида, мембраналарида, митохондрия ва бошқа структураларида намоён булади. қариш жараёни ривожланишида 4 хил хусусият фарқ килинади:

- Гетерохронлик
- Гетеротоплик
- Гетерокинетиклик
- Гетерокатефтенлик

Гетерохронлик хусусияти бу қариш жараёнининг турли орган, туқима, система ва хужайраларда хар хил муддатда бошланишидир. Масалан: айрисимон безнинг атрофияси 13-15 ёшларда бошланса, жинсий безларнинг атрофияси климактерик даврда бошланади. Марказий нерв системаси ва эндокрин системанинг турли булимларида хам гетерохрон қариш кузатилади.

Гетеротоплик хусусияти маълум бир органнинг турли қисмларида қариш белгиларининг турлича намоён булишидир. Масалан: юрак мускул туқимасида турли кардиоцитларнинг булиши мумкин.

Гетерокинетиклик хусусияти организм туқималарида қариш жараёнининг турлича тезлик билан кечишидир. Масалан: айрим туқимада эрта бошланган қариш белгилари сустривожланиб бориши мумкин, аксинча, бошқа туқимада кечроқ бошланган қариш белгилари тез ривожланиб бориб организмнинг функционал холатига таъсир этиши мумкин.

Гетерокатефтенлик хусусияти организмдаги ёшга боғлиқ узгаришларнинг турли хил йуналишларда, организмдаги хаётий жараёнларнинг бирининг суниши ва иккинчисининг фаоллашуви билан кечишидир.

Шунинг учун қариш жараёни туқималарда мураккаб морфологик угаришларнинг хамда функцияларининг суниши билан кечадиган жараёндир. қариш жараёнини куп олимлар хужайраларнинг генетик аппаратидаги ва оксил биосинтезидаги бузилишлар билан боғлайдилар. Узгаришлар ДНКнинг генетик маълумотлар узатиш звеносида содир булади. Оксил молекуласидаги узгаришлар хужайра функциясининг бузилишига олиб келади. Бу узгаришлар хужайрада энергиянинг пайдо булиши, узатилиши ва сарфланишида кузатилади. хужайрада кислородга булган эхтиёж камаяди, ферментлар активлиги пасаяди. Липидлар

алмашинуви яъни, хужайра мембранасининг алмашинуви издан чиқиб, хужайра мембранасининг фосфолипид таркиби бузилади, қонда холестерин, триглицеридлар, липопротеидлар сони ошиб кетади, натижада атеросклероз ривожланади. Бу эса қариш жараёнини янада тезлаштиради.

қариш жараёнида хужайралар функциясининг бузилиши ва нобуд булиши орган, туқималар ва организм иш фаолиятини издан чиқаради, хужайрада дистрофик ва компенсатор узгаришлар юз беради. қарилик оқибатида мия нейронлари 30-40%га, буйрак нефронлари, упка альвеолалари 30-50%га камаяди.

Қаришнинг асосий морфологик қуринишлари орган ва туқималарнинг атрофияси булиб, бу хужайраларнинг камайиши ҳисобига пайдо булади. ҳар бир орган туқималарида атрофик хужайралар билан бир қаторда нормал туқималар ҳам учрайди. Атрофияга учраган хужайралар ҳисобига нормал хужайраларда гиперфункция ва гипертрофия содир булади, яъни мослашув сабабли хужайраларда ядро сони купайиб боради, ундаги ДНК миқдори ортиб боради. Митохондрияларнинг умумий миқдори камайиши оқибатида гигант формадаги митохондриялар пайдо булади. хужайраларда органоидларнинг парчаланиши маҳсулоти булган фермент-липофусцин туплана бошлайди ва хужайраларнинг функцияси узгаришлари кузатилади. Нейронларнинг маълумот қабул қилиш қобилияти пасаяди, секретор хужайраларда-моддаларни синтез ва ажратиш процесси камаяди, юрак хужайраларининг қисқариши пасаяди, хужайра мембранасининг қузғалиши, биоэлектрик хусусияти бузилади. хужайраларда кальций ионларининг фаол транспорти бузилади бу эса уз навбатида хужайра функциясини издан чиқаради. Бириктирувчи туқималарда коллаген толаларининг фибриллалари хусусиятини йуқола бориши ва узгариши билан пайдо булади.

Асаб системаси

Организм қаришида мия оғирлиги камаяди, пушталар юпққалашади, эгатчалар кенгаяди, қоринчалар бушлиқлари катталашади, нейронларда дистрофик ва атрофик узгаришлар руй беради. Марказий нерв системасидаги ёшга боғлиқ узгаришлар оқибатида қарилик белгилари намоён булади: психикада, олий нерв фаолиятида, ақлий ва жисмоний қобилиятининг пасайиши, организм ички фаолияти бузилиши, хотира пасайиши кузатилади, И.Павловнинг фикрича, қариликда миядаги қузғалиш ва тормозланиш жараёнларининг бир-бири билан алмашилиши сустлашади, шартли рефлекслар пайдо булиши қийинлашади. Шартсиз рефлекслар характери ҳам узгаради, анализаторлар фаолияти пасаяди.

Психика.

Қариликда инсон рухий фаолиятида билиш, идрок, фикр қилиш, тафаккур, эмоциялар пасаяди. Ёшга алоқадор узгаришлар яъни моддалар алмашинувининг бузилиши, жинсий безлар функциясининг сусайиши, эндокрин мувозанатнинг бузилишидан психоз пайдо булади. Беморлар кунглида хавотирланиш, безовталаниш, бесаранжомлик, гунохкорлик, васваса, секин-аста ақл пастлик ривожланади, уз жонига суиқасд қилиш ҳоллари кузатилади.

Эндокрин системаси

Қариликда эндокрин безларда атрофик ва склеротик узгаришлар пайдо булади, секретор функциялар пасаяди. Гипофизда базофил хужайралар сони купайиб ацидофил хужайралар сони камайиб кетади. Бу хужайраларда ДНК миқдори камаяди, коллоид тупланади. қалқонсимон безлар эпителиоцитларида ДНК миқдори камайиб кетади. Меъда ости безида деструктив узгаришлар оқибатида йирик оролчалар камайиб, майда оролчалар купайиб кетади. *-хужайралар сони камайиб, қандли диабет ривожланади. Стриопаллидар системада катехоламин алмашинувининг бузилиши паркинсонизм ривожланишига сабаб булади.

Юрак – қон томир системаси

60 ёшдан утган одам юраги оғирлиги камаяди, бушлиқлари кенгаяди, эндокард органлари қалинлашади, кардиомиоцитлар атрофияга учрайди. қон томирларнинг ички қавати қалинлашади, эластиклиги камаяди. Юрак қисқаришлари ритми секинлашади, гемодинамика ва кардиодинамика узгаради. Миокарднинг қисқариш қобилияти ва энергетик жараённинг сустлашиши юрак етишмовчилигига олиб келади. қон айланишининг

гипоталамик регуляциясининг бузилиши, қонда вазопрессин миқдорининг ортиб кетиши, буйракларда қон айланишининг пасайиши артериал гипертензияга олиб келади. Коронар қон томирларнинг склерози эса юракнинг ишемик касалликларига сабаб бўлади.

Нафас олиш системаси

Нафас органларининг шиллиқ қаватларида қариш жараёнида атрофик узгаришлар пайдо бўлади, бронх деворларида дистрофик склеротик узгаришлар пайдо бўлади. Ўпкада альвеолалар шакли узгаради, базал мембрана қалинлашади, альвеолалар чуқурлиги камаяди, нафас олиш ритми тезлашиб, аритмиялар вужудга келади, ўпканинг ҳаётий сиғими камаяди, бу эса бронх утказувчанлигининг пасайиши, нафас мушаклари кучининг пасайиши, курак қафаси ригидлигини ошишига олиб келади.

Хазм системаси

Меъда ва ичак йуллари эпителийсида қариш жараёнида атрофик узгаришлар бўлади. Жигар массаси камаяди, дезинтоксикацион функцияси пасаяди. Меъда ости безининг эвакуатор ва мотор функцияси пасаяди. Сулак безларининг функцияси пасайиши, тишларнинг тушиб кетиши, оғиз бўшлиғида овқатнинг механик майдаланишининг ёмонлаштиради, овқат хазм булишини бузади. Меъда секрециясининг пасайиши гипоацид гастритни келтириб чиқаради. Ингичка ичакда сурилиш жараёни бузилади, перистальтика пасаяди, натижада қабзият пайдо бўлади. Буйракда қон айланиши, фильтрация, реабсорбция пасаяди. Суяк ва бугимларда остеопороз, остеохондроз ва атрофик узгаришлар содир бўлади.

Қариш жараёнининг нейрогуморал механизми.

Маълумки, қариш жараёни организмдаги барча функцияларнинг нейрогуморал бошқаруви бузилиши, моддалар алмашинувининг издан чиқиши, гипоталамо-лимбик системасининг дисфункцияси билан кузатилади. Организм қаришининг асосини моддалар алмашинувининг издан чиқиши ташкил этади. қаришнинг бирламчи механизмлари генетик аппаратдаги силжишлар билан боғлиқ ҳолда кечади. Бу нуклеин кислотаси алмашинувининг концентрацияси пасайиши билан ифодаланади. Бунинг натижасида оксиллар алмашинуви, ферментлар миқдори ва фаоллиги бузилади, энергия алмашинуви камайиб, кислороднинг туқималарда узлаштирилиши прогрессив равишда пасаяди, туқималар нафаси камаяди. Организмнинг нейрогуморал регуляциясидаги ёшга алоқадор узгаришлари қариш жараёнининг асосини ташкил этади. Натижада организмда моддалар алмашинуви ва хужайралар функцияси ишдан чиқади. қарилик билан кечадиган атеросклероз оқибатида беморнинг рухий ва эмоционал дунёсида узига хос белгилар намоён бўлади: невроз, мактанчоклик, лақмалик, ззмалик, хотиранинг пасайиши, насихатгуйлик. Гипоталамус функциясининг издан чиқиши гомеостазнинг бузилишига, яъни организм ички мухити ҳақидаги маълумотлар МНСга келиб, гормонал регуляцияни ҳам издан чиқаради.

Тиббиёт ходимлари геронтологик беморларда кечадиган касалликларни узига хос хусусиятларини билишлари лозим, уларни қандай парваришlash, даволаш, улар билан суҳбатлашишни билишлари шарт, ишонч уйғотишлари керак. қари одам текширилганда унда 5-6 касаллик аниқланади, булар, юракнинг ишемик касаллиги, атеросклеротик энцефалопатия, гипертония касаллиги, (хафакон) ўпка эмфиземаси, умуртқа поғонаси остеохондрози, катаракта, кулоқ оғирлиги, простата бези аденомаси ва бошқалардир.

қари одамлар организмда сурункали кечадиган касалликлар купроқ учрайди, аммо уткир ва инфекцион касалликлар ҳам учраб туради. Улар организмдаги патологик жараён жуда секинлик билан ривожланади, шунинг учун қариялар тиббий ёрдамга кеч мурожат қиладилар. Уткир касалликлар клиникаси организмнинг қаршилиқ фаолияти пасайганлиги сабабли суст ифодаланган бўлади.

Биоэтика узига фалсафий билимларнинг муҳим таянч нуктасини мужассам этган.

Биоэтиканинг ривожланиши ва шаклланиши, умуман олганда анъанавий этика ҳамда қисман тиббиёт ва биология этикасининг тараккий этиш жараёни билан боғлиқ. У энг аввало инсон ҳуқуқларига нисбатан булган эътиборнинг кескин ортгани ва ҳуқуқ нуктаи назаридан ҳам одоб-ахлоқ нуктаи назаридан ҳам ҳал қилиниши лозим булган купгина муаммолар ва

янги тиббиёт технологияларнинг яратилиши билан уз аксини топган. Бундан ташқари биоетиканинг шаклланиши замонавий тиббиётдаги технологик таъминотда руй бераётган улкан узгаришлар, ирсий мухандислик, трансплантологиядаги муваффақиятлар туфайли руй берган тиббий клиник амалиётдаги юксак силжишлар, мижоз ҳаётини куллаб қувватлашга мулжалланган асбоб ускуналарнинг пайдо булиши ва этарлича амалий ҳамда назарий билимларнинг тупланганлиги шарофати билан боғлиқдир.

Бу жараёнларнинг барчаси врачлар, беморларнинг қариндошлари, урта тиббиёт ходимлари олдида кундаланг бўлиб турган ахлокий муаммоларни янада қучайтирди. Тиббий ёрдам курсатишнинг чегараси мавжудми ва улим тушагида ётган беморнинг ҳаётини куллаб қувватлашда унинг аҳамияти қандай? эфтаназияга йул қуйиш мумкинми? Улим бошланишини қайси вақтдан бошлаб ҳисоблаш керак? Ривожланган тиббиёт фанининг замонавий босқичида врачлар олдида шунингдек кенг жамоатчилик олдида муаммо бўлиб турган масалалар шулар ҳисобланади.

I. Гиппократ андозаси (Зиён этказма).

«Тиббиёт отаси» дея тан олинган Гиппократ (е а 460-377й) томонидан асос солинган врачлик тамойиллари врачлик этикаси манбалари ҳуди шу тахлит асосида ётади. Гиппократ узининг машхур қасамёдида врачнинг мижоз олдидаги мажбуриятларини тулақонли даражада ифодалаб шакллантириб берган. Уша замолардан бери неча асрлар утганлигига қарамай қасмёд ҳали хануз уз долзарблик аҳамиятини юқотмаган, бундан ташқари у қўпгина этик ҳужжатлар ташкил этилишига асос солди.

II. Парацельс андозаси (Эзгулик қил).

Врачлик этикасининг бошқа модели урта асрларда тараккий топган. Унинг тамойиллари Парацельс (1493-1541й) томонидан аниқ ва равшн ифодалаб берилган. Гиппократ андозасидан фарқли равишда врач мижознинг ижтимоий ишончини қозонганда Парацельс моделида патернализм бутун даво жараёни врачнингмижоз билан рухий ва ҳиссий алоқаси асосида қурилиши асосий уринни эгаллайди. Уша давр руҳига қўра врачнинг мижоз билан муносабати рухий мураббий ва шогирд муносабатларига монанд, илло патер (лот-ота) сузи масихийларда Худога нисбатан ҳам ишлатилади. Врач ва мижоз муносабатларнинг барча моҳияти врачнинг эзгу амаллари билан ифода топади эзгулик эса уз навбатида илохий тушунча бўлиб, зотан ҳар қандай эзгулик манбаи юқоридан яъни Оллоҳ томонидан берилади.

III. Деонтологик андоза (Бурчга риоя қилиш тамойили).

Мазкур андоза бурчга риоя қилиш (деонтос—юнончадан бурч деган маънони англатади) тамойили ётади. У таъбат аҳли, жамият, шунингдек шахсий онг ва врачнинг бажариш мажбурийлигини англаб этиши қабилар билан жорий этилган айрим қоидаларнинг мажмуасига риоя қилиш белгиланган ахлокий тартиб интизомни қатъий бажариш қабилар билан ифодаланади. Ҳаар бир врачлик мутахассислиги учун узининг бурч кодекси мавжуд бўлиб унга амал қилмаслик интизомий жазо ёки ҳатто врачлик ҳуқуқидан маҳрум қилишга олиб қелади.

2.Биоэтика (Инсон ҳуқуқлари ва манфаатлари, кадр—қимматини ҳурмат қилиш тамойили).

Замонавий тиббиёт, биология, ирсият ва муаян биотиббий технологиялар ирсиятни, тирик организм ҳаёт ива улим муаммоларини, тери, ҳужайра босқичида инсон организми фаолиятини назорат қилишни бошқариш ва олдиндан ташқис қуйиш муаммолари сари қадил қадам қуйди.

Кекса ва қарияларда психологик узгаришларнинг узига ҳослиги

Геронтологиянинг муамолларидан бири, ҳозирги кунда кекса ва қариялик ҳолатларини урганиб чиқишдир. Геронтология марказида қаришнинг биологик, психологик, ижтимоий тамойилари ётади. Хориж мутахассисларнинг фикрича геронтологияда қаришнинг психологик тамойиларига қуйидагилар қирган, бу тамойилар 60 йилларда машхур геронтолог олим Б.Стрехлер томонидан қиритилган бўлиб, улар қуйидагилардан иборат:

1.Кариш бу, касаллик холатидан истисно равишда, уз узидан мукаммал жараён бўлиб,хамма нарсага таалуклидир.

2.Кариш прогрессияланувчи, узилмас жараён бўлиб ҳисобланади.

3.Кариш барча яшовчи организм учун ҳосдир.

4.Кариш барча дегенератив узгаришлар билан кечадиган жараёндир.

Шуни инобтга олган ҳолда, инсонни кариши мукаммал биологик жараён бўлиб, у барча ижтимоий жабхаларда намоён бўлади. Шунинг учун геронтологияда кариш жараёнига комплекс жараён деб қаратилади. Бу эса инсонни ижтимоий, иқтисодий ва шахсий ҳаёт тамойиларини уз ичига олади. Клиник-физиологик курсаткичлар бўйича каришни бир неча синдромларини белгилаш мумкин. Улар қуйидагилардан иборат: гемодинамик (юрак қон томир тизимидаги узгаришлар), нейроген (асаб тизимидаги узгаришлар), респиратор (нафас тизимидаги узгаришлар). Кариш суръатига (темпига) қараб қуйидагиларга бўлинади: тезқор кариш, муддатдан олдин кариш, аста-секинлик билан кечувчи карилик. Прогерия ҳолати ҳам мавжуд бўлиб, бу асосан ёш болаларда кариш белгилари пайдо бўлишидир.

Кариш жараёни ривожланганда, организмдаги барча узини бошқарадиган механизмлар ва босқичлар бузилиши вужудга келади. Кариш механизми ҳужайра асосида ривожланади, яъни бу узгаришлар ҳужайранинг генетик аппаратида боғлиқ бўлиб, бу жараён нейрогуморал бошқарилиб турилади. Бунинг натижасида, жараён бутун организмга тарқалиб, ундаги узгаришлар барча орган тизими ва фаолиятига таъсир қилади. Бунинг натижасида каришни ташки белгилари намоён бўлади (сочни оқариши, ажинлар ва ҳ.к.) Суяк тизимидаги узгаришлар-буйини пасайиши, остеопороз, бунинг натижасида суякларни муртлашиши келиб чиқади. Қон томирлар уз эластиклигини йукотади. Иммун тизимида антителла ишлаб чиқарилиши пасайиб, организмдаги химоя реакцияси пасаяди.

Кариш процессида бош миёя фаолияти ҳам узгаради. Миёяда сунуш жараёнлари ривожлана бошлайди. Бунда умумий ва хусусий узгаришлар келиб чиқади. Умумий узгаришларга қиради: бош миёяда энергия сакловчи тизим фаолиятини пасайиши. Хусусий узгаришларга эса: бош миёя таркибини ташкил қилувчи нейрон, нерв туқимаси ва ҳ.к. Биринчи уринда бош миёя оғирлиги ва ҳажми қамаяди. Миёя оғирлиги 60-75 ёшгача 6% қамаяди, яъни бунда атрофия белгилари келиб чиқади. Каришда синапс сонининг ҳажми қамаяди, бу барча соҳаларда руй бермайди. Каришда янги синапслар репродукция (ҳосил бўлиши) қамаяди. Бунинг натижасида хотиранинг пасайиши, ҳаракат активлигининг бузилиши, шунингдек миёяда бошқа функционал бузилишлар келиб чиқади. Натижада нейронлар орасидаги боғланишлар марказий асаб тизимининг барча соҳаларида узгариб, ундаги жавоб реакция бузилиб, миёянинг синаптик механизмлари ишдан чиқади. Каришда организмда медиатор тизими ҳам узгаради. Каришнинг энг характерли феномени миёянинг дофаминэргик тизимини дегенерацияга учраши, бу уз навбатда паркинсонизм касаллигини келтириб чиқаради. Шу қаторда холинэргик тизим ҳам узгариб, хотиранинг пасайиши, атроф муҳитни қабул қилиш функцияси пасаяди-бу эса Альцгеймер касалигида ривожланади.

Каришда инсон организмдаги нафакат бўладиган узгаришлар, балки инсонни бу қаби узгаришлардаги муносабати қатта уринни эғалайди.

Ф.Гизқаришни 3та типга бўлган:

1.Кекса киши-негативист, узидаги кариш белгиларини борлигини инқор қилади;

2.Кекса киши-экстравертир, иқариш бошланишини тан оладиган, аммо бу тушунчага ташқаридаги узгаришлар, қузатишлар натижасида келади (пенсияга қиканда, яқинлари улганда,техникада янгиликлар пайдо бўлганда,оиладаги узгаришларда).

3.Интровертир тип, каришни жуда ҳавотир билан қабул қиладиган, атроф муҳитдга бефарқ қаровчи, утмишни эсловчи, қам ҳаракатли, ҳис-ҳаяжонни пасайиши билан характерланади.

И.С.Қонқаришни ижтимоий-психологик турларга ажратган:

1.Фаол, ижодий кариш-қочонки инсон иш фаолияти билан ҳайрлашиб нафақага қикиб, ҳаётга уз қизикишини йукотмаслиги билан яшаб қелиши.

2.Ижобий ижтимоӣ-психологик йуналишдаги қариш-қачонки кекса кишини бутун диккат эътиборини уз ҳаётини яхшилашга интилан(иктисодий барқарорлик,хордик,узи узиди ишлаш,яъни ҳаёт давомиди улғурмаган ишларни амалга ошириш).

3."Аёл" туридаги кариш-бу турдаги кекса кишилар узини оилага багишлайди,яъни набаралар тарбияси,уй юмушларни бажариш,оиламуаммоларини хал килиш.

4. "Эркак" туридаги кариш-бунда уз саломатлигига эътибор бериши, бироқ бундай кишилар жуда ҳам уз саломатлигига эътибор бериб, ўзларида қурқув ҳисси пайдо қилишади.

Буни турларни И.С Кон психологик жихатдан яхши эканлигини такидлаб утади. Лекин каришни салбий турлари ҳам мавжуд. Масалан узидан ташкари, бошқаларни танқид қилиш, ўзларини бахтсиз ҳисоблаб, айблаш, доимо ўтмишдаги ёмон воқеаларни эсга солиш.

Кариш-бу инкор килиб булмайдиган биологик далил булиб, ижтимоий-маънавий мухитда руй берсада, кариш жараёнига таъсир курсатади. Инсонни рухий ҳолати ҳаётнинг барча боскичларида намоён булади. Инсон улгайган сари унинг ижтимоий алоқадорлиги, ижтимоий фаоллиги пасайиб боради. Шунинг учун кекса кишиларда ва қариялардаги психологик узгаришларга катта аҳамият бериб, бу жараёни уларда осон кечиши учун уларга ижтимоий ҳаётда барча шарт-шароитларни яратиб бериш керак.

Гериатрик беморлар рухий фаолиятидаги ёшга алоқадор узгаришлар ва касалликлари (психозлар)

Одамнинг ёши қайтиб қолган пайтда пайдо буладиган рухий касалликлар жинсий безлар функциясининг сусайиши, моддалар алмашинувининг пасайиши оқибатида руй беради.

Инвалюцион психозлар 2 га булинади:

- пресенил психозлар 45-60 ёшларда учрайди;
- сенил психозлар 60-65 ёшлардан кейин бошланади.

Пресенил психозлар клиникасида хавотирликка тушиш каттагина уринни эгаллайди. Беморларда хавотирланиш хисси пайдо бўлади, ўзларини қўп айблайверади.

Касаллик симптомларидан қандай қилиб устун туришига қараб параноид, пресенил истерия фарқ қилинади. Пресенил депрессия бошланишидан олдин купинча қандайдир кунгилсиз ходисалар бўлиб утади. Касаллик манзараси депрессия, хавотирга тушиш, кузғалиб безовталаниш, бесарамжон бўлишдан иборат. Беморларда уйку бузилади, иштаха пасаяди, улар озиб кетадилар. Купинча суицидал фикрлар ва уринишлар содир бўлади. Касаллик бир неча йиллар давом этиши мумкин.

Пресенил параноиднинг клиникасида конкрет шарт-шароитда, уйда, ишда руй берган кунгилсизликни касалликка муносабати билан бирга пайдо булади, васвасалар оқибатидаги хаяжонланиш намоён булади. «Атрофдагилар менга ғалати муносабатда буляпти»-деб хисоблайдилар, шубхаланаверадилар, рашк утида ёнадилар. Бу касаллик пресенил депрессияга караганда оғирроқ ва ўзоқроқ кечади.

Пресенил истерия–купинча аёлларда пайдо булади, беқарор булиб, арзимас сабабдан ғазабланиб, тажанг бўлаверадилар.

Беморлар томоғига бир нима тикилиб қолгандай булганини айтади, баданида ёқимсиз хид туйғулар борлигидан нолийдилар, купинча истерия тутқаноқлари, кул-оёқлар функционал парестезиялари кузатилади. Давосида беморлар албатта психатрия стационарларига ётқизилади, психотерапия утказилади. Бундай беморларга алохида эътиборда булишлари керак, чунки уларда суицидал уринишлар булиши мумкин. Дори воситаларидан аминозин, мелипромин, тизерцин, амитриптилин, галоперидол, триоксазин, элениум буюрилади. Беморларни умумий ҳолатига эътибор бериб, овқатлантириш ва кийинишида ёрдам бериш керак.

Сенил психозлар пайдо булишининг сабаби бош мия пустлоғидаги нерв хужайраларининг атрофиясидир, бунинг оқибатида ақл пастлик ривожланади. Беморларда аввалига хотира пасаяди, хатто яқин кишилари номларини эсдан чиқариб қуядилар. Бундай беморларда конфабулятциялар курилади, улар ҳақиқатда ҳеч қачон булмаган ҳодисалар тўғрисида гапирадилар, ўз ахволига танқид билан қарашмайди, ўғридан қўрқиш, зиён қўриш

васвасаси бундай беморлар учун характерлидир. Беморлар уз нарсаларини беркитиб куйишади, аммо кейин топа олмайдилар, биров уғирлаб куйди деб уйлайдилар. Улар купинча кераксиз нарсаларни йиғиб юрадилар. Уз кийим-кечагини тугиб ушлаб юрадилар. Улар бетартиб овқатланаверадилар, искирт булиб коладилар. Яқин кишиларнинг тақдири уларни қизиқтирмайди.

Касалликни даволашда симптомик даво, уйқусизликда ухлатувчи дорилар тавсия этилади.

Кексаларда буладиган ятрогениялар – бу психоген касалликнинг бир тури булиб, тиббиёт ходимларининг беморга булган нотўғри муомаласи оқибатида ипохондрик, депрессив реакциялар натижасидир. Бемор билан суҳбатлашганда унинг саломатлиги туғрисида хамиша эҳтиёт булиб гапириш керак. Бемор нотўғри маъно чиқариб олиши мумкин булган турли терминларни ишлатиш тавсия этилмайди. Купинча беморлар касаллик диагнози туғрисидаги гапларга диққат билан қулоқ соладилар. Улар саломатлигига зиён келтириши мумкин булган хулосалар чиқариб олишларини хамиша ёдда тутиш керак. Кексаларда купроқ сексуал қобилятининг пасайиши ёки йўқолиши каби шикоятлари, саволлари билан турли мутахассисларга мурожаат қилаверадилар. Бундай беморлар билан суҳбатлашганда жуда эҳтиёт булиш керак.

Карияларда УАШ нинг мақсад ва вазифалари

Карияларпарвариши–бу навбатчилик, реабилитация, соматик, рухий, ва ижтимоий бирликни узида мужассам этган комплекс ишдир. Кариянинг саломатлигини сақлаш ва яхшилаш, ҳамда унга ёрдам беришидир. Кари ва кекса ёшдаги беморлар парваришини тугри ташкиллаштириш учун уларнинг феъл-атвор ихусусиятларини билиш керак, уларнинг фаолиятидаги ёшга боғлиқ узгаришлари касаллик белгилари ва купчилик ҳолларда ёш билан боғлиқ булган касалликлар билан узвий боғланган булишини билиш керак. Кариш туғрисидаги фикрларнинг узгариши билан карияларга ёрдам курсатиш хизмати туғрисидаги тасовурлар ҳам узгаради. Аҳолининг бу табақасига ёрдам курсатишда асосий уринларидан бири уйда ёрдам курсатиш булган ишонч борган сари биринчи навбатга чиқиб келаяпти.

Карияларда УАШ мақсади.

Кекса одам қулай ва мустақил ҳаёт тарзининг кечириши учун яшаш даражасини кутариш.

Карияларда УАШ нинг вазифалари.

Юкорида курсатилган мақсадларини амалга ошириш учун «Карияларда УАШ » уз олдида қуйидаги вазифаларни қуяди:

- Кундалиқ ҳаёт фаолияти фаоллигини тиклаш ва қуллаб қувватлаш
- Уз–узиги хизмат қилиш қобилятини кутариш, соғлиқни сақлашни ва яхшилашни таъминлаш
- Шахслараро мулоқот ва жамиятда иштирокини таъминлаш
- Карияларнинг ҳаёти ва улим олди даврида қулай яшаш шароитини таъминлаш
- Кариялар ҳамшираси фаолиятининг асосий мақсадларидан бири–у беморларнинг талабини қондириш мақсадида кариялар яшаш шароитларининг объектив ва субъектив узгаришига мослаштириш.

Бошқа мақсади– узида ва аҳолида қариликни «касалликларга тула иккинчи болалик» эмас, аксинча, қомил шахс ҳаётининг охири деган тасаввур пайдо қилиш. Тасаввурлар узгарса инсон яшаётган жойда ҳақиқий аҳвол узгаради, яшаётган одам ҳам узгаради.

Адабиётлар:

Асосий:

1. Чеботарев Д.Ф. Гериатрия. Киев: Здоровье, 1988.
2. Клиническая кардиология в гериатрии. М.: Медицина, 1980.
3. Клиническая геронтология. Журнал. Особенности питания пожилых и старых людей. Руководство по геронтологии. Москва, 1976.
4. Василенко В.Х. Пропедевтика внутренних болезней.. 1992 й

5. Касымов Э.Ю. Ички касалликлар пропедевтикаси Тошкент
6. Чебатареv Д.Ф. Бойко В.И.Пособие по гериатрии для среднего мед работника
7. А.Гадаев. «Умумий амалиёт врачлари учун маърузалар тўплами». 2010.
8. А.Гадаев, Х.Ахмедов. «Умумий амалиёт врачлари учун амалий кўникмалар тўплами» / 2010.
9. Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей в 3-х томах, М, Медицина,1999 г.
10. Окорокoв А.Н. Лечение болезней внутренних органов. Том 3, книга 1 и 2. Москва. Медицинская литература. 2005 г.

Кушимча:

11. Греднев А.Н. Основы общего ухода за больными. Мед.1991 й.
12. Гнездилов А.В. Терминальные состояния и паллиативная терапия, Санк-Питербург изд. Гиппократ 1997 й
13. Шлутко Б.И. Внутренняя медицина. Руководство для врачей. Санкт- Петербург, РЕНКОР, 1999 г.
14. Национальная программа. //Лечение и профилактика бронхиальной астмы у детей и взрослых. - Ташкент, 1998.

Электрон адабиётлар:

Интернет- сайт:

1. <http://www.medmir.ru>.
2. <http://www.doctor.ru>.
3. <http://www.medicina.ru>.

19-МАВЗУ	Кекса ва карияларда ичкиаъзо касалликларининг клиник кечиши, диагностикаси ва даволаш усуллари.
-----------------	--

(Маъруза – 2 соат)

1.1. МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Талабалар сони: 30-40	Ўқув соати: 2 соат
Ўқув машғулоти шакли	Тематик маъруза
Маъруза режаси	2.1. Нафас олиш системаси, 2.2. Кон айланиш системаси, 2.3. Ошқозон-ичак тизими, 2.4. Гепатобилияр ва буйрак касалликлари. 2.5. Ёш ва гериатрик пациент. 2.6. Гериатрияда қуланиладиган дори воситаларининг асосий принциплари.
Ўқув машғулотининг мақсади: Кекса ва карияларда ичкиаъзо касалликлари бўйича яхлит тасаввурларини шакллантириш.	
Педагогик вазифалар:	Ўқув фаолиятининг натижалари:
• Кекса ва карияларда ички аъзо касалликлари аҳамияти ва вазифалари ҳамда ўқув фанлари тизимидаги роли, ўрни билан таништириш;	• Кекса ва карияларда ички аъзо касалликлари аҳамиятини тушунтириб берадилар;
• Кекса ва карияларда ички аъзо касалликлари бўйича тавсия этиладиган ўқув-услугий адабиётлар ҳақида маълумот бериш;	• Кекса ва карияларда ички аъзо касалликларининг характери ва механизмини тушунтириб берадилар;
• Кекса ва карияларда ички аъзо касалликлари амалиёти соҳасидаги янгиликларни ёритиш;	• Кекса ва карияларда ички аъзо касалликлари назарий ва амалий янгиликларни ёритиб берадилар;
• Кекса ва карияларда ички аъзо касалликлари	• Кекса ва карияларда ички аъзо касалликлари

ўргатиш жараёнидаги услубий, ташкилий ишлар мазмунини ҳамда баҳолаш муддатлари ва шакллари ёритиш;	бўйича услубий ва ташкилий ишларнинг асосий томонлари ҳамда баҳолаш шакллари ва муддатларини ёритиб берадилар;
• Гериатрия фанининг бошқа фанлар билан боғлиқлик ҳақида маълумот бериш.	• Гериатрия фанининг клиник ва параклиник фанлар билан боғлиқликни тушунтириб берадилар.
• Диагностик ва даволаш стандартлари схемасини тушунтириш;	• Кекса ва карияларда ички аъзо касалликларида текшириш схемасини кўрсатиб беради;
• Кекса ва карияларда ички аъзо касалликларида УАШ тактикаси тўғрисида тушунча бериш ва хизмат турларини ёритиш;	• Даво тўғрисида тушунчаларнинг айтиб берадилар, даво турларини санаб ўтади ва уларни характерлаб берадилар;
• Кекса ва карияларда ички аъзо касалликларида даво босқичларини тушунтириш.	• УАШ иш куламини тушунтирадилар ва аниқ бемор асосида модел туза оладилар.
<i>Таълим методлари</i>	Маъруза, «аклий ҳужум», намойиш этиш
<i>Таълим воситалари</i>	Маъруза матни, проектор, слайдлар, формат қоғозлари, маркерлар, скотч
<i>Ўқитиш шакллари</i>	Фронтал, жамоавий
<i>Ўқитиш шарт-шароити</i>	Техник воситалардан фойдаланишга ва гуруҳларда ишлашга мўлжалланган аудитория
<i>Мониторинг ва баҳолаш</i>	Савол-жавоб, назорат саволлари

НАЗАРИЙ КИСМ

Пневмониялар бутун дунёда гериатрик амалиётда клиник муаммо ҳисобланади. 60 ёшдан катта беморларда пневмониялардан улим бошқа ёшдагиларга нисбатан 10 марта куп. Улим курсаткичи госпитал пневмонияларда 70% атрофида қайд этилган бўлиб, 65 ёшдан кейин улим курсаткичлари ичида 4-уринни эгаллайди.

Кекса ва кари кишиларда пневмониялар ривожланишининг куйидаги патогенетик омиллари бор:

- ёшга боғлиқ морфофункционал узгаришлар («сенил упка»);
- инволюцион иммунодефицит;
- фон патологиянинг булиши;
- куп дори қабул қилиш;
- гипомобиллик;
- тез-тез госпитализация ва кариялар уйида яшаш.

Кекса ва кари кишиларда куйидаги ҳолатлар диагностика жараёнини кийинлаштиради:

- пневмониялар доимий булмаган ва куп ифодаланмаган физикал белгилар билан кечади;
- аускультатив ва рентгенологик белгиларни талқин этиш кийин. Чунки, фон касалликлар УСОК, упка фибрози, юрак етишмовчилиги куп учрайди;
- МНС томонидан куп узгаришлар учрайди (апатия, тормозланиш, қарахтлик, сопороз ҳолат);
- пневмония асорат ва йулдош сифатида ривожланади;
- йулдош касалликлар декомпенсация босқичи (юрак ва нафас етишмовчилиги, КД, дисциркулятор энцефалопатия) клиникада биринчи планга чиқиб кетади;
- касаллик қузғатувчиси (грамм манфий флора, стафилококк), йулдош касалликлар туфайли оғир кечади ва уз вақтида аниқланмайди.

Кекса ёшдаги беморлар даволашдаги «олтин» қоидалар:

1. Даволашда кекса беморларнинг характери ва одатларини инобатга олиб ҳаракат қилинг.
2. Беморнинг соғлиги атрофдагилар учун бефарқ эмаслигини тез-тез тушунтиринг.

3. Беморнинг ҳаётий муаммоларига эътиборли булинг, тингланг ва ҳамдард булинг.
4. Беморнинг кунглини кутаринг, тушкунликка тушишига йул куйманг, узингизга ургатинг ва атрофдагилар билан алоқасини яхшилашга ҳаракат килинг.
5. Узингиз ва кекса бемор уртасида уртқлик атмосферасини вужудга келтиринг.
6. Кекса беморнинг кунглига йул топишга ҳаракат килинг, у билан илик муомала килинг.

Симтоматик воситалар:

- Муколитик ва бронхолитиклар;
- Микроциркуляцияни яхшиловчилар (гепарин, антиагрегантлар)
- Иммунокоррекция (иммуноглобулинлар)
- Антиоксидант терапия
- Яллигланишга қарши препаратлар.

Гериатрик воситалар:

1. Витаминлар: витамин В гуруҳи, никотин кислота, липотроп моддалар (метионин, лецитин, холин, инозин, витамин F), витамин А и У, аскорбин кислота. Ката дозада мумкин эмас.

2. Микроэлементлар: иммунногенез, гемопоэз, витаминлар синтези, гормонногенез, нуклеин кислоталар ҳосил булиши, метаболизм яхшиланади. Мис, цинк, кобальт, марганц, калий биодозаларда гериатрик ёшда яхши таъсир этади. .

3. Новокаин витаминларга тенглаштирилган. Бу витамин жинсий гормонлар, калконсимон без гормонлари, кортикостероидлар билан боглик. Новокаин нейтротроф, антисептик, антигистамин, антиацетилхолин таъсир этади. Мушак орасига куйидаги схемада қулланилади: 12 инъекция 5 мл 2% новокаина кун ора. 3 курс 10 кунлик танаффус билан. Йилига 6-8 курс утказилади.

4. Гормонлар. Анаболик стероиды барча моддалар алмашинувини яхшилаиди.

5. Тукима терапияси (плацента экстракти) организмда физиологик функцияларни стимуллаиди.

6. Апилакотерапия. Апилак моддалар алмашинувини яхшилаиди. Таблеткада 0,01 г х 2 марта, тил остига, 20 кун.

7. Адаптогенлар. Организмни носпецифик химоя кучини оширади. Жень-шен илдизи, элутерококк, дибазол (0,01 в сутки, не более) қуллаш стенокардида, томирлар спазмида, бош огриши, корин бушлиги спазмларида яхши таъсир этади.

Гериатрик ёшда сурункали обструктив упка касаллиги

Сурункали обструктив упка касаллиги (СОУК), бутун жаҳрнда аҳоли касалланиши ва улимининг асосий сабабларидан бири булиб, муҳим ижтимоий ва тиббий муаммо ҳисобланади. Шунинг учун унинг олдини олиш ва даволаш бутун соғлиқни сақлаш тизими, шу жумладан, УАВ нинг муҳдм вазифасидир.

Сурункали обструктив упка касаллигига олиб келувчи хавф омиллари

1. Ташки омиллар:

- тамаки чекиш (80-90% ҳолларда);
- атроф-муҳитнинг ифлосланганлиги ва касбга боглик бошқа зарарли омиллар (дефолиантлар, хлорорганик бирикмалар, пахта, дон чанглари, олтингугурт ва азот диоксидлари, ҳавода кадмий ва кремний моддалари ошиши);
- тур ар жой биноларида синтетик қурилиш материалларидан фойдаланиш;
- ижтимоий-иктисодий аҳволнинг пастлиги;
- ёшлиКдаги пассив чекиш;
- » аденовирусли инфекциялар;
- витамин « С >> етишмовчилиги;
- ичкиликбозлик ва гиёҳвандлик.

2. Ички омиллар.

- а 1-антитрипсин (4-5% наслдан-наслга утади) ва а2-макроглобулин ~ етишмовчилиги;

- ёшнинг 40 дан юкори булиши;
- эркак жинсига мансуб булиш;
- чала тугилган шахслар;
- IgE нинг юкори даражада булиши;
- бронхларнинг гиперреактивлиги;
- наслий мойиллик;
- иммун ҳолатнинг узгарганлиги (IgA нинг камайиши);
- A(II) кон гурухи;
- кам тана вазнда тугилиш.

Гериатрик ёшда сурункали обструктив упка касаллиги классификацияси
(GOLDGlobal Strategy for Chronic Obstructive Lung Disease, 2003)

Даражаси	Асосий клиник белгилар	Функционал курсаткичлар
I. Енгил	Сурункали йутал, доимий булмаган балгам ажралиши	•ЖНЧ1/УЖТС <70% •ЖНЧ 1 >80% меъёрий курсаткичдан
II. Уртача огир	•Эрталаблари яккол ифодаланган доимий йутал, мунтазам булмаган оддий балгам ажралиши •Кичик жисмоний зурикишда кейин хансираш	• ЖНЧ 1/УЖТС <70% •50%< ЖНЧ1 <80% меъёрий курсаткичдан
III. Огир	Доимий йугтя, балгам ажралиши, хайсираш	•ЖНЧ 1 /УЖТ С<70% •30% < ЖНЧ 1 <50% меъёрий курсаткичдан
IV. Жуда огир	Йутал, балгам ажралиши, хансираш	• "• "ЖНЧ 1 /^ЖТС<70% ' •ЖНЧ1<30% ёки ЖНЧ 1 <50% меъёрий курсаткичдан, сурункали нафас етишмовчилиги ёки унғ коринча етишмовчилиги

Эслатма: ЖНЧ1 -1 сонияда жадал чцарилган нафас хажми, УЖТС - упканинг жадаллашган
тириклик сигими. ЖНЧ 1/УЖТС - Тиффно индекси

АСОРАТЛАР:

- уткир ёки сурункали нафас етишмовчилиги,
- упка гипертензияси,
- упка-юррак,
- иккиламчи полицитемия,
- юрак етишмовчилиги,
- пневмония,
- спонтан пневмоторакс,
- пневмомедиастинум,
- упка артерияси майда шохчаси тромбоэмболияси.

Киёсий ташхис.

- бронхиал астма;
- бронхоэктаз касаллиги,
- юрак етишмовчилиги,
- облитерацияловчи бронхиолит,

- Упка сили,
- упка артерияси тромбоэмболияси,
- фиброз поликистоз,
- упка усмаси,
- пневмония каби касалликлари

Гериатрик ёшда сурункали обструктив упка касаллиги ва бронхиал астманинг асосий киёсий ташхис мезонлари

Белгилари	Сурункали обструктив упка касаллиги	Бронхиал астма
Ёши	40 ёшдан юкори	Ёшлар ва болалар
Жинси	Эркаклар	Купрок аёллар
Анамнези	Чекиш ва бактерияларга боглик касалликлар	Купрок аллергия
Наслий мойиллик	Хос эмас	Хос
Йутал	Доимий, турли хил даражада	Хуружсимон ва бугилищ билан
Балгам ажралиши	Осон ажралувчи, шиллик-йирингли	Кийин ажралувчи, шишасимон рангда
Х,ансираш	Доимий, авж олиб борувчи	Хуружли, муолажалардан кейин утиб кетувчи
Жисмоний зурикишга чидамлилики	Пасайиб боради N	Кузиган пайти пасайиб, ремиссияда тикланади
Бронхиал обструкция	Кайтмас ёки кисман кайтар	Кайтар
P2 - агонистлар билан бронхолитик синама	Манфий яъни ЖНХ1- 15% дан паст	Мусбат яъни ЖНХЫ15%дан ЮКОрИ
НЧАТ нинг кун давомида узгариши	15% дан кам	15% дан юкори
Умумий кон тахлилида	Нейтрофиллар купаяди	Эозинофиллар купаяди
Упкали юрак ривожланиши	Характерли	Хос эмас
Гипоксия, гиперкалния	Огир беморларда кам холларда	Огир беморларда куп холларда
Глюкокортикоид терапия самараси	Паст	Юкори

Даволаш

Дорилар билан даволаш куйидагилардан иборат:

- бронхлар спазмини камайтириш;
- бронхлар шиллик каватларидаги яллигланиш жараёнларини сусайтириш;
- балгам ажралишига ёрдам бериш.
- Бронхларни кенгайтирувчи даво чоралари.

Бронходилататорлар 3 та катта гурухга булинади:

- В2-агонистлар - уларнинг уз навбатида, селектив, носелектив, киска ва узок таъсир килувчи турлари фаркланади. Селектив киска таъсир килувчиларга - сальбутамол, фенотерол, тербуталин, селектив узок таъсир килувчиларга - сальметерол, формотероллар, кисман селективга эса алулент, астмопентлар киради.

- Антихолинэргиклар - атровент (ипратропиум бромид), спирива (тиотропийум бромид), окситропиум бромидлар ушбу гурух вакиллари хисобланади.

- Метилксантинлар ёки теofilлинлар - 2 авлодга булинади. I - авлод 12 соат ва II - авлод 24 соат таъсир этувчилар. Уларнинг биринчисига теопек, теодур, дуофиллин, ретафил, теобилонг, теотард, иккинчисига эса унифил, теодур-24, эуфилоншар киради.

Диспансеризация. Яшаш жойида доимий УАВ ва пульмонолог назоратида булиб, хар 6 ойда камида 1 марта ташки нафас фаолияти, зарур булганда УТ^Т, ЭКГ ва рентгенография текширишларидан утказиш.

Прогнози. СОУК ги тез авж олиб бориш хусусиятига эга. ЖНХ1 нинг йилда 50 мл. дан купрок камайиб бориши касалликнинг огир кечаётганлигидан далолат беради. Шунинг учун уларнинг меҳнатга лаёкатсизлик даражасини уз вақтида куриб чиқиш лозим.

Гериатрик ёшда бронхиал астма

БА - нафас йулларининг аллергик яллигланиши билан кечадиган сурункали персистирланувчи касаллиги булиб, бунда бронхлар гиперреактивлигини шакллантирувчи эозинофиллар, Т-лимфоцитлар ва семиз хужайралар иштирок этади.

Бронхиал астмага олиб келувчи хавф омиллар

А. Ички омиллар:

- ирсий мойиллик;
- атопия, яъни организмнинг атроф-муҳит аллергенларига қарши купрок IgE ишлаб чиқариш билан жавоб қайтариши;
- нафас йулларининг гиперреактивлиги;
- жинс. БА 10 ёшгача аксарият ҳолларда угил болаларда, катта ёшлардагиларда эса купрок аёлларда кузатилади.

Ташки омиллар:

- Уй аллергенлари
- Уй чангги
- Хайвон аллергенлари
- Суварак аллергенлари
- Замбуруглар
- Усимликлар
- Овқат аллергенлари –
- Дори аллергияси
- Инфекцион агентлар
- Кимёвий таъсирлар
- Триггерлар (тусатдан нафас сикишининг сабаблари- жисмоний зуриқиш, совук ҳаво, ачиштирувчи газлар, об-ҳаво узгаришлари, ҳис-туйғулар ва асабларнинг ҳаддан ташқари зуриқиши ҳам триггерлар жумласига) киради.

клиника

БА-нинг асосий клиник белгилари:

- хансирашига,
- нафас сикишига,
- кукрак қафасида хириллаш,
- кукрак қафасида огирлик пайдо булиши
- кечаси ёки тонгда йутал хуружларидан

Бронхиал астманинг клиник кечиши:

БА нафас қисиш хуружи ва унинг авж олишида 3 давр фаркланади.

I - хуруж даракчилари даври.

II- экспиратор нафас қисилиш хуружининг авж олиш даври

III- хуружнинг пасайиш даври.

Бронхиал астманинг патогенетик шакллари

- Атопик шакли
- Инфекцияга боғлиқ шакли
- Дисгармонал.
- Асаб-рухий шакли
- Дизадренергик
- Холинергик

Асоратлари

- Упка эмфиземаси
- пневмоторакс,
- ателектаз,
- пневмомедиастинум,
- миокард дистрофияси,
- ритм бузилишлари,
- нафас ва юрак етишмовчилиги,
- упкали юрак
- астма статуси .

Астма статусининг классификацияси.

I - компенсация босқичи.

Й - декомпенсация босқичи.

III - гиперкапник кома босқичи.

Бронхиал ва юрак астмаларининг солиштирма ташхислаш мезонлари

Мезонлари	Бронхиал астма хуружи	Юрак астмаси хуружи
Олиб келувчи касалликлар	Сурункали бронх-упка касалликлари, вазомотор ринит ва бошқа аллергия касалликлар	ЮИК, унинг ревматик нуксони, гипертония касаллиги, сурункали гаомерулонефрит
Хуружсабблари	Нафас аъзоларидаги яллигланиш жараёнининг кузиши, аллерген билан алоқа, психоген ва метеорологик омиллар	Жисмоний ва рухий зуриқишлар, уткир миокард инфаркта
Хуруж характери	Экспиратор ҳдсираш	Нафас олишнинг кийинлиги, хаво
Цианоз характери	Марказий	Яккол акроцианоз
Аускультация маълумотлари	Таркалган, курук, хуштаксимон хириллашлар, асосан нафас чиқарганда	Нам хириллашлар, асосан упканинг пастки қисмларида
Пульс	Тугри ритмли	Купинча аритмия
Перкуссияда юрак ушшам	Кичрайган	Катталашган
Шиш	Йўқ -	Баъзан

Жигар улчами	Узгармаган	Купинча катталашган
Балгам	Куюк, чузилувчан ва кам микдорда кийин ажралади	Суюк, купикли, баъзан пушти рангда булиб, осон ажралади
ЭКГ	Юрак унг булакларининг ■ зурикиш белгилари	ЮИК ёки юрак нуксони белгилари, юрак чап булагги зурикиши
Юрак пшкозидлари ва сийдик хайдовчилар билан даволашнинг 1 самараси	Йук	Бор
1 р-блокаторларга j реакция	Манфий (нафас ёмонлашади)	Мусбат (нафас яхшиланади)

Гериатрик ёшда бронхиал астмада ташхислаш

- Шикояти
- Анамнези
- Объектив курик
- ЖНХД нинг бронхолитик синамадан кейин 12% ва ундан юкори булиши,
- ГКС буюрилгандан сунг 3-5 кун утгач синаманинг мусбатлиги БА ташхисини куйишга асос булади.
- Пикфлоуметр ёрдамида НЧАТ курсаткичи аниклаш
- Бронхоскопия
- Рентген текшируви

Гериатрик ёшда бронхиал астма касаллигини даволаш:

Даволашнинг умумий тамойиллари:

- ✓ беморларни укитиш;
- ✓ огирлик даражасини бахолаш ва мониторинг утказиш;
- ✓ касалликни кузгатувчи омилларни бартараф этиш ва уларни назорат килиш;
- ✓ дорилар билан даволашга индивидуал ёндошиш;
- ✓ бугилиш хуружи ва астматик статусда тез ёрдам;
- ✓ мунтазам диспансер кузатувини жорий этиш.

Даволашдан мақсад:

- тунги хуружларни камайтириш ёки умуман бартараф этиш ва хаёт сифатини яхшилаш;
- шошшшнч ёрдам курсатиш холлари юзага келишининг олдини олиш;
- В2 - агонистларга булган эхтиёжни камайтириш еки батамом йукотиш;
- жисмоний фаоллик, жумладан спорт билан шугулланишга (ремиссия даврида) имкон яратиш;
- НЧАТ курсаткичларини бир кеча-кундуздаги узгаришларини 20% дан кам булишига эришиш;
- НЧАТ курсаткичларини меъерида ёки унга якин холатда саклашга йнтилиш;

Бронхиал астма касаллигини боскичма-боскич даволаш

Боскич	Базис даволаш	Назорат килиш
--------	---------------	---------------

I боскич, енгил интермиттирловчи кечиши	Киска таъсир этувчи В2 -агонистлар (салбутамол 100 мкг, тербуталин 0,25 мг, сальбен 200 мкг), мембрана стабилловчи (интал 1 мг, дитэк, задитен)	Зарур булганда р2-агонистлар
II боскич, енгил персистирловчи Кечиши	Яллигланишга карши препаратлар (тайлед 2 мартадан 2 махал) ИГКС (беккодиск ёки беклофорте, беклазон 200-500 мкг кунига, керак пайтда 800 мкг.гача ошириш) Узок таъсир этувчи б2- агонистлар (серемент 25 мкг дан 2 марта, форадил 12 мкг 2 марта)	Базис яллигланишга карши препаратлар (интал, тайлед) Узок таъсир этувчи бронходилататор-серемент (сальметерол) Даволаш камида 3 ой

III боскич, 5фта огирликдаги персистирловчи кечиши	ИГКС (фликсотид аэрозол ингалятор дискхалер 400- 1.000 мкг кунига, беккодиск ёки беклофорте 800-2.000 мкг кунига, керак пайтда) Узок таъсир этувчи бронходилататор-серемент (сальметерол) аэрозоль ингалятор ёки дискхалер 100- 200 мкг. кунига	Базис яллигланишга карши препаратлар (беклокорт, альдецин, беклазон, будесонид, пульмикорт) Узок таъсир этувчи бронходилататорлар Даволаш камида 3 ой
IV боскич, огир персистирловчи кечиши	ИГКС-фликсотид (флутиказон пропионат) аэрозол ингалятор ёки дискхалер 800-2.000 мкг кунига Узок таъсир этувчи бронходилататор, асосан тунги симптомларда серемент 100- 200 мкг Киска муддатга тизимли ГКС лар 1-2 мг/кг	Юкори дозада ИГКС ва курсатма булса, перорал стероидлар узок муддат давомида Узок таъсир этувчи бронходилататорлар 3 ой ва ундан куп

Гериатрик ёшда бронхиал астма асорати:

1. Нафас етишмовчилиги II даража. Чап упка пастки булагининг учокли пневмосклерози;
Асорати: Сурункали обструктив упка касаллиги, эмфизематозли тип, IV даража, жуда огир кечиши, кузиш даври.
2. Нафас етишмовчилиги III даража. Сурункали упка юрак, декомпенсация боскичи.
Асорати: КДЕ ПБ боскичи. Упка артерияси майда шохи тромбоэмболияси;
3. Бронхиал астма II боскичи, енгил персистирловчи кечиши. Атопик шакли. Ёндош: Вазомотор ринит;
4. Бронхиал астма III боскичи, 5фта огирликда персистирловчи кечиши. Дисгармонал шакли.
Асорати: Упка эмфиземаси. Нафас етишмовчилиги II даража;
5. Бронхиал астма IV боскичи, огир персистирловчи кечиши.
Асорати: Упка эмфиземаси. гармонга боглик. Нафас етишмовчилиги II даража. Сурункали упка - юрак, компенсация даври. Астма статуси II боскичи;

6. Бронхиал астма IV босқичи, огир персистирловчи кечиши. Инфекцияга боглик шакли. Ёндош: Сурункали обструктив упка касаллиги III даража, огир кечиши, кузиш даври. ^

Асорати: Упка пневмосклерози. Нафас етишмовчилиги III даража. Сурункали упка - юрак, декомпенсация даври.

Кекса ва карияларда юракнинг ишемик касаллиги

Таърифи. ВОЗ комитети маълумотларига биноан юракнинг ишемик касаллиги — тож артериялар тизимсидаги патологик жараёнлар натижасида миокардга қон етказилишининг камайиши ёки тўхтаб қолишига боғлиқ бўлган юрак мушагининг ўткир ёки сурункали зарарланишидир. ЮИК — тараққий этган мамлакатларда аҳоли ўлими сабабларидан бири ҳисобланади. Барча юрак қон томир касалликларининг 53-65% ни ташкил қилади.

Гериатрик ёшда юрак қон томир касалликларидан умумий ўлим структурасида бу давлатларда 40-55% ни ташкил қилади. Ундан ташқари ЮИК энг кўп тарқалган патология ҳисобланади. Эпидемиологик маълумотлар ЮИК катта ёшдаги аҳоли уртасида 11-20% да учраши аниқланган. Ёш улғайиши сари ЮИК билан касалланиш ошиб бормоқда. Асосий сабаби — тож томирлар атеросклерози (90%дан кўп ҳолларда), шунингдек нерв-эмоционал зўриқиш ва стресс шароит натижасида тож артериялар ангиоспазм-мини кўзгатувчи омиллардир. Бу касаллик ривожланишига ташқи ва ички муҳитнинг турли-туман омиллари (хавф-хатар омиллари): гиперхолестеринемия, артериал гипертензия, чекиш, камҳаракат ҳаёт тарзи, ёғ босиши сабаб бўлади.

Юрак ишемик касаллигининг таснифи (ВОЗ 1983)

1. Тож томирлар касаллиги сабабли тўсатдан ўлим (юракнинг бирламчи тўхташи).
2. Стенокардия:

Стабил зуриқиш стенокардияси (I-IV ФС)

Ностабил стенокардияси: илк бор пайдо бўлган, барқарор, авж олиб борадиган, спонтан (махсус) стенокардия.

3. Миокард инфаркти:

йирик ўчоқли (трансмурал), майда ўчоқли.

4. Постинфарқт кардиосклероз.

5. Юрак ритми бўзилишлари (турси кўрсатилган ҳолда).

6. Юрак етишмовчилиги (турси ва босқичи кўрсатилган ҳолда).

Кекса ва карияларда стенокардия

Стенокардия — юрак ишемик касаллигининг турларидан бири, у касалликнинг бирдан-бир белгиси бўлиши мумкин ёки унинг бошқа турлари — кардиосклероз, постинфарқт миокардиосклероз, юракнинг сурункали аневризмаси билан бирга учраши мумкин. Клиник маълумотлар ва назарий билмларга асосланиб, талаба қўйидагиларни билиши керак:

- 1) коронар томирлар зарарланиш характери (тахминан) белгилай олиши (яллиғли, дистрофик, склеротик);
- 2) тахминий диагнозга асосан беморни текширишнинг асосланган режаини тузиши;
- 3) касалликнинг асосий диагностик мезонлари асосида батафсил диагнозни, стенокардиянинг кечиш вариантларини аниқлаши;
- 4) режа асосида, асосланган даволаш олиб бориши;
- 5) касаллик асоратлари, оқибатини, санаторий-курортда даволашга кўрсатмаларни, меҳнат қобилиятини аниқлаши.

Этиологияси. Ишемия касаллиги ривожланишида қўйидагилар муҳим роль ўйнайди:

— органик зарарланишлар (атеросклероз, ревматик, захмли ва бошқа этиологияли коронаритлар);

— тож томирлар қон айланиши идора этилишини бузадиган невроген омиллар (асабий зўриқиш, салбий ҳис-ҳаяжонлар, рухий травма ва б.);

— ҳар хил ички органлар томонидан рефлектор таъсир (холециститлар, меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллиги), (ўпка касалликлари, диэнцефал-эндокрин бўзилишлар ва б.);

- стенокардия ривожланадиган фон (артериал гипертензия, қандли диабет, ёғ босиш ва б.) ва имкон берадиган омиллар (чекиш, ичкилик ичиш ва б.);
- генетик мойиллик, жинс, ёш ва касб-корнинг аҳамияти.

Патогенези:

- тож томирларнинг органик ва функционал ўзгаришлари натижасида юрак мушагининг кислородга эҳтиёжи билан коронар қон айланиши имконияти ўртасидаги номувофиқлик (трофика бўзилиши, миокард гипоксияси ва ишемияси);
- юрак—миокарднинг ортиқча ишлаши (функционал, ўта чарчаган юрак, «гипертония» ва б.);
- коллатерал қон айланиши етишмовчилиги;
- қон ивиш ва ивишга қарши тизимларнинг бўзилиши;
- катехоламинларнинг гистотоксик эффекти ва б.

Клиник манзараси

I. Субъектив маълумотлар. Шикоятлари:

- 1) юрак соҳасида ва тўш орқасида оғриқлар хуружи:
 - оғриқ характери ва кучи — сиқадиган, кесадиган, босадиган, кўкракда қисилиш сезгиси ёки қаттиқ оғриқ;
 - оғриқ иррадиацияси (кўчиши) — чап елкага, кураклараро-бўшликда, чап қўлга, камроқ — ўнг елкага, ўнг куракка, энсага, бармоқлар увишиб қолиши;
 - хуруж частотаси — суткасига бир неча марта, ҳар куни, хуружларнинг камдан-кам бўлиши;
 - пайдо бўлиш вақти — асосан тунги вақтда, тинч турганда, бемор ишга отланаётган пайтда, иқлим шароитларининг таъсири ва б.;
 - хуружларга ҳаво етишмаслиги сезгиси, ҳарсиллаш, юрак уриши ва бошқалар кўшилиб келиши мумкин;
- 2) хуружлар пайдо бўлишини бемор ҳаяжонланиш, нерв-психик зўриқиш, хавотирланиш, кўп овқат ейиш, кечки овқатни кўп ейиш, қорин дам бўлиши билан боғлайди;
- 3) умумий шикоятлар:
 - беморнинг хуруж вақтидаги хатти-ҳаракати (изтироблари, ўлим ваҳимаси, ҳаракатсиз туриши, оқариб кетиши ва б.);
 - бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айланиши, баъзан қусиш
 - валидол, нитроглицерин, валериана, аччиқ чой, кофе кабилар ичилгандан кейин хуруж тўхташи;
 - мўл диурез, хуруж тўхтагандан кейин баъзан иш қобилияти тикланиши, умуман кайфиятнинг яхшиланиши;
- 4) асосий касаллик учун хос шикоятлар (тож томирлар атеросклерози, кардиосклероз, гипертония касаллиги ва б.).

II. Субъектив маълумотлар анализи, бемор анамнези.

III. Объектив маълумотлар:

- Шумумий кўздан кечириш: беморнинг аҳволи, ўриндаги вазияти, лаблар цианози, рангпарлик, тинч турганда нафас қисилиши ва юрак етишмовчилиги бўлганда шишлар, шунингдек асосий жараён учун типик маълумотлар ва б.; стенокардия хуружи вақтида бемор аҳволига баҳо бериш;
- коронар (тож) томирлар атеросклерозининг унинг кечиш вариантлари, жараённинг жойлашган ўрнига кўра клиник белгилари;
- юрак томонидан физикал ўзгаришлар — чап қоринча гипертрофияси, тонларнинг сусайиши, шовқинлар ва акцентлар-пайдо бўлиши, сурункали коронар етишмовчилик, шунингдек юрак,(чап-, ўнг қоринча ёки тотал) декомпенсацияси белгилари;
- артериал гипертензиянинг клиник белгилари: юрак томонидан перкутор ва аускультатив силжишлар, артериал босимнинг кўтарилиши ва «ошган босим»нинг бошқа симптомлари.

IV. Лаборатория, инструментал ва биохимиявий текшириши усуллари ва маълумотлари:

— биохимиявий текширишлар: холестерин, фосфолипидлар, липопротеинлар, қон оксил спектрининг, протромбин индекси ҳолати, қоннинг ивиш ва ивишга қарши тизимлари омиллари;

— юракни электрон-оптик асбоблар, рентгенокимография ва бошқалар ёрдамида рентгенологик текшириш;

— ЭКГ да: гипоксия, «ишемик» ўзгаришлар, сурункали коронар етишмовчилик белгилари, ритм—қўзғалувчанлик, ўтказувчанлик функцияси бўзилишлари; ЭКГ да ўзгаришлар бўлмаслиги беморда стенокардия борлигини истисно қилмайди;

— яширин сурункали етишмовчиликни аниқлаш учун электрокардиографик нагруккали синамалар (жисмоний ҳаракат билан синама қилиш, велоэргометрда, бўлмаларнинг электр стимуляцияси ва б.);

— коронар етишмовчилик диагностикасида фармакологик синамалар; изопреналин, дипиридамо, эргометрин, калий хлорид, нитроглицерин ва бошқалар билан;

— коронар ангиография, радионуклид усуллар (миокард ҳолати, миокардда анатомик ўзгаришлар борлиги);

- эхокардиография (юракнинг турли структуралари тўғрисида интурция олиш учун);
- вентрикулография
- коронароангиография
- радиокардиография
- компьютер томография

Гериатрик ёшда кекса ва карияларда стенокардиянинг клиник вариантлари

1. *Зўриқиш стенокардияси* — стенокардия хуружи жисмоний нагрукка сабабли, миокарднинг қислородга эҳтиёжи ошиши натижасида, тож томирлар спазми ёки уларнинг органик торайишида пайдо бўлади.

2. *Тинч даврдаги стенокардия* — юрак соҳасида ўткир оғриқ хуружлари ҳатто тинч турганда ҳам кузатилади, бу касалликнинг «ғирроқ турга ўтганидан, беморда оғир стенозлайдиган коронар атеросклероз борлигидан далолат беради,

3. Стенокардиянинг алоҳида тури — *Принциметал типидagi стенокардия*. Ушбу ҳолда тинч турганда пайдо бўладиган ангиноз оғриқ хуружлари характерли бўлиб, миокард субэпикардиал бўлимларининг электрокардиографик шикастланиш белгилари билан ўтади. Бу турси ёмон прогностик аҳамиятга эга бўлади, кўпинча миокард инфарқ ти авж олишига, ритмнинг жиддий бўзилишларига, летал оқибатларга олиб келади.

4. Кечишнинг кўрсатиб ўтилган вариантларидан ташқари қўйидагилар кузатилади:

а) *барқарор стенокардия* — хуружлари пайдо бўлганига камида бир ой ва кўпроқ, баъзан бир неча йил бўлган бемордаги стенокардия. Барқарор стенокардия билан оғриган беморлар ахволига баҳо бериш учун уларнинг жисмоний нагруккани бажариш қобилиятига кўра тўртта функционал синфга ажратилади.

— I (яширин стенокардия) — одатдаги жисмоний нагрукка хуружларга сабаб бўлмайди;

— II (стенокардиянинг енгил даражаси) — одатдаги активликнинг оз-моз чегараланиши;

III (ўртача оғирликдаги стенокардия) — жисмоний нагрукканинг билинарли чегараланиши;

IV (оғир стенокардия) — бирор жисмоний нагруккани стенокардия хуружларисиз бажариб бўлмаслиги;

б) *бекарор стенокардия*:

— биринчи марта пайдо бўлган стенокардия — хуруж пайдо-бўлган вақт коронар томирлардаги функционал ёки чуқур органик ўзгаришлар фонида, тегишли клиник белгилари бўлган кардиосклероз фонида, камроқ «эски» миокард инфарқ ти фонида бир неча кун ёки бир ойгача муддатни ташқил қилади;

— авж олиб борадиган стенокардия — касаллик характери ўзгариши, зўриқиш стенокардияси хуружларига тинч тургандаги стенокардия кўшилиши, хуружларнинг тез-тез бўлиб туриши, ху-руж кучи ва давомлилигининг ошиши билан характерланади;

— хавф соладиган миокард инфарк ти ҳолати — 30 минут ва кўпроқ давом қиладиган хуружлар пайдо бўлиши, нитроглицериннинг наф бермаслиги, ЭКГ да ўзгаришлар.

5. *Стенокардиянинг атипик белгилари* — оғриқнинг атипикжойлашуви, чап қўл мушагининг кучсизлиги, чап қоринча етишмовчилиги белгилари, аритмия хуружлари, оғриқлар билан бирга (юрак соҳасида, қоринда — кўпинча эпигастрал соҳдада) қўнғил айншни, бош айланиши, кекириш, зарда қайнаши, терлаш, кайф бузуклиги.

Қиёсий таххис :

миокард инфаркти, перикардитлар, аортал ва митрал юрак пороклари, ҳар хил этиологияли миокардитлар, тонзиллокардиал синдром, табиати ҳар хил миокардиопатиялар, вегетотомирлар дистонияси; ҳар хил этиологияли миокардиодистрофия; калқонсимон без патологияси (гипер-гипотиреозлар) биланва нокардиал касалликлар, «кардиалгиялар»: ковуруғалар патологияси, ўраб оладиган темиртки, миоцитлар, плевритлар ва ўпка патологиялари, қизилўнғач спазмалари, кардиоспазмлар, диафрагма қизилўнғач тешигининг чурралари, калькулёз холецистит ва ички органларнинг бошқа касалликлари билан ўтказиш лозим.

Диагностикаси

- 1) липид алмашинуви кўрсаткичлари;
- 2) ЭКГ — S — T интервали пасайиши ва T тишчаси инверсияси, баъзан учи ўткирлашган баланд T тишчалар пайдо бўлади;
- 3) нагрукалар билан синамалар (Мастер синамаси, тредмил — югурувчан йўлча ёрдамида велоэргометрия).

Нагрукалар билан синамалар қўйидаги ҳолларда қилинмайди: бошдан кечирилган миокард инфарк тида; юрак соҳасида тез-тез оғриқ хуружлари (стенокардия) бўлиб турганда, гемодинамикабўзилиши белгилари борлиги; юрак ритми бўзилишининг ҳар хил турлари; гипертония касаллиги; аорта оғзи стенози; юрак аневризмаси.

Нагрукали синама натижаларига ВОЗ таклиф этган мезонларбўйича қўйидагича баҳо берилади.

- ушбу синамани ўтказишда стенокардия хуружи авж олиши;
- ЭКГ да ST сегменти 1—2 мм юқорига ёки пастга силжиши, манфий T тишча пайдо бўлинга ва R тишча вольтаж пасайиши;
- политоп қоринча экстрасистолияси ёки юрак ўтказувчанлигибўзилишининг тез-тез юз бериб туриши;
- 4) коронар томирларнинг контраст ангиографияси қўйидаги беморларда ўтказилади:
- стенокардия учун атипик оғриқлари бўлган (тинч турганда ва нагруклада ЭКГ нормал бўлгани ҳолда) ва липид алмашинуви кўрсаткичлари бузилган кишиларда;
- коронар етишмовчиликнинг муайян клиник белгилари бўлгани ҳолда, бироқ ЭКГ да тинч турганда ҳам, жисмоний нагрукадан кейин ҳам ноаниқ ўзгаришлар бўлганда;
- сабаби ноаниқ юрак ритми бўзилишида;
- типик стенокардияси бор ёки илгари миокард инфарк тини бошдан кечирган шахсларда хирургик даволаш усулларини қўлланиш тўғрисидаги масалани ҳал қилиш учун;

5) миокардни сканнирлаш — миокардда қон таъминоти ҳолатини артериал капилляр тўр (майда артериялар ва капиллярлар) даражасида визуал аниқлаш мақсадида ўтказилади. Шу усул ёрдамида ишемия бўлган қисмни, унинг катта-кичиклигини ва аниқ жойлашган жойини, шунингдек ишемиянинг ифодаланганлик даражасини аниқлашга эришилади;

6) юрак ритмининг электр стимуляцияси сурункали коронар етишмовчиликни аниқлаш учун қўлланилади. Бунда беморларда тахикардияни сунъий равишда қўзғатиб, ЭКГ кўрсаткичлари, умумий ва юрак ичи гемодинамикаси ҳолати, биохимиявий кўрсаткичлар ўрганилади.

Диагнознинг тахминий таърифи: 1) юракнинг ишемик касаллиги: биринчи марта пайдо бўлган зўриқиш стенокардияси; 2) юракнинг ишемик касаллиги: зўриқиш стенокардияси, функционал I синф; 3) юракнинг ишемик касаллиги: зўриқиш стенокардияси ва тинч тургандаги стенокардия, функционал IV синф.

Давоси

1. Умумий тадбирлар: ҳаёт тарзини нормага келтириш, меҳнат ва турмуш режимини тартибга солиш. Жисмоний ва психоэмоционал зўриқишларни бартараф қилиш, чекишни ташлаш, парҳезга риоя қилиш — ёғ босишнинг олдини олиш, оптимал жисмоний активлик, бемор билан врачнинг бир-бирини тушуниши, оила ва коллективда нормал психологик шароит яратилиши.

2. Махсус терапия:

а) антиангинал воситалар:

— нитробирикмалар (амилнитрит, натрий нитрит, нитроглицерин, сустак, нитронг, эринит, нитранол ва б.);

— бета-адренорецепторларнинг блокаторлари (обзидан, тимолол, соталол, тразикор, альпренолол, атенолол, корданум, практолол, ацебуталол ва б.);

— кальций антагонистлари (нифедипин, верапамил ёки изоптин, дифрил ёки коронтин — фоли-кор);

— томир кенгайтирувчи препаратлар (курантил, параверин, но-шпа, эуфиллин, молсидомин);

б) антитиреоидлар (мерказолил), гиполипидемик воситалар, метаболик таъсири бор препаратлар — анаболик стероидлар (ретаболил, неробол), калий оротат, рибоксин, кокарбоксилаза, панан-гин, В группа витаминлари ва б.);

в) психофармакологик терапия: седатив воситалар (валериана, бромидлар, Павлов ва Бехтерев микстура, карвалол, ноксирон, нитрозепама ва б.);

г) транквилизаторлар (андаксин, триоксазин, диазепама ёки седуксен, феназепама ва б.);

д) нейролептиклар (аминазин, левомепромазин, трифтазин, френолон ва б.).

3. Зарурат бўлганда юрак, сийдик ҳайдайдиган, антиаритмик ва бошқа воситалар.

4. Асосий касалликни даволашга қаратилган тадбирлар, симптоматик терапия.

5. Касалликнинг кечиш вариантларини ҳисобга олган индивидуал ёндошиш, беморни хуруж вақтида ва у бўлмаганда даволаш.

6. Диспансер кузатуви.

7. Санаторий-курортда даволаш.

Профилактикаси: этиологик омилларни (атеросклероз, гипертония касаллиги ва б.) ва стенокардия пайдо бўлишига имкон берадиган бошқа омилларни бартараф этиш ва ўз вақтида даволаш; социал-соғломлаштирувчи тадбирлар (спорт, физкультура билан шуғулланиш, организмни чиништириш ва б.); чекишга, ичкиликбозликка, кўп овқат ейишга қарши кураш, ишхонада ҳам, оилада ҳам нормал психологик шароит яратиш ва б.

Кекса ва қарияларда миокард инфаркти

Миокард инфаркти - юрак тож артерияларининг тромб билан тикилиб қолиши натижасида ва миокарднинг озиқлана олмай некрозга учрашидир. Ёши улуг ва кекса ёшдаги беморларда миокард инфаркти кўпроқ учрайди. Бунга сабаб:

1. Қоннинг ёшга алоқадор биохимик ўзгаришлари ва қуйилишга мойиллиги.

2. Юрак қон томирларида ёшга алоқадор склероз натижасидаги ўзгаришлар.

3. Гемодинамиканинг ёшга алоқадор ўзгаришлари.

Этиологияси. МИ этиологик факторларини икки гуруҳга бўлиш мумкин:

- Коронар қон- томирлар атеросклероз ива уларда тромбоз ривожланиши;
- Коронар қон – томирларни ноатеросклеротик зарарланиши;

МИ келиб чиқишида хавф омилларининг роли ката бўлиб, улар қуйидагилардан иборат:

- Эркак жинси (эркаклар аёлларга кура кўп касалланадилар),
- Ёш (40 ёшдан кейин касаллик билан оғриш ортиб боради),
- Оилавий анамнез,
- Артериал гипертония,

- Дислиппротеидеимия (конда умумий холестерин, ЗПЛП, ЗЖПЛП, триглицеридлар микдорини ошиши ва ЗЮЛП микдорини камайиши),
- Юкори тана массаси – семизлик,
- Кандли диабет,
- Гиподинамия,
- Зарарли одатлар: Спиртли ичимликлар ичиш, чекиш,
- Стресс,
- Гиперурикемия,

Патоморфологиясига кура фаркланади:

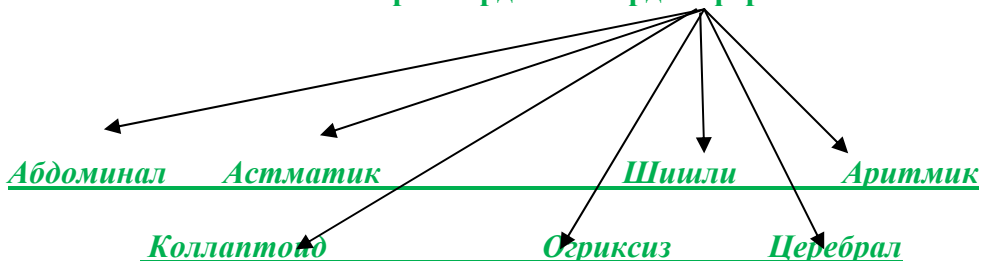
1. Трансмурал инфаркт,
2. Субэндокардиал инфаркт,
3. Субэпикардиал инфаркт,
4. Интрамурал инфаркт,

Миокард инфаркти клиник кечишига кура 4 та даври фаркланади:

1. Ута уткир даври-3 соат давом этади. Беморлар бу даврда туш ортидаги огрикка, огрикни кесувчи, босувчи, кесувчи («пожар в груди»), ханжарсимон характерда булишига шикоят киладилар. Огрик чап кулга, елкага, чап курак остига, буйинга, пастки жагга, кулокка, айрим холларда тананинг унг томонига берилади. Туш ортидаги огрик характери тулкинсимон булиб, вақт утиши билан огрик кучайиб боради. Стенокардиядан фаркли равишда огрик давомийлиги 20-30 дакикадан узоу ҳамда нитроглицерин таблеткасидан сунг огрик колмаслиги билан характерланади.

2. Уткир даври – 10 кун давом этади. Бу даврга келиб огрик юколади. Бу давр асоратлар бериши билан хавфли ҳисобланади (резорбцион – некротик синдром).
3. Уткир ости даври – 4-8 ҳафта давом этади. 1-2 даврларга караганда енгил кечади.
4. Чандикланиш даври – 2 ойдан – 6 ойгача давом этади.

Кекса ва қарияларда миокард инфарктини атипик вариантлари:



- ишемия, мушак толалари дистрофияси ва уларнинг некрози;
- некрозга учраган туқиманинг юмшаб қолиши (юрак мушаклари миомалацияси);
- уткир ва сурункали аневризма белгилари, баъзан юрак ёрилиши ва тампонадаси билан;
- чандик, йирик учокли кардиосклероз ҳосил булиши;
- перикардит, тромбоэндокардит белгилари (баъзан девор олди тромбоэндокардити белгилари).

Жараённинг жойлашишига кура:

- чап қоринча (олдинги, орқа, ён девор, қоринчалараро тусик), камрок унг қоринча инфаркти;
- олдинги тусик, орқа тусик, олдинги ёнбош, орқа ёнбош инфаркти учрайди.

Клиник манзараси:

Субъектив маълумотлар: 1) огрик синдроми: огрик характери ва кучи - сикадиган, босадиган, кесадиған, тешадиган;

2) қуйидаги шикоятлар:

- улим ваҳимаси, қузғалувчанлик, безовталиқ, инграш, баъзан қичқиритиш ва б;
- бугилиш, нафас қиситиши, юрак уриши, бушашиш сезгиси;
- иситма (тана температурасининг 38° С гача қутаритиши), терлаш ва қасаллик формасига кура уткир томирлар ва юрак етишмовчилиги билан боглиқ қасалликнинг бошқа белгилари.

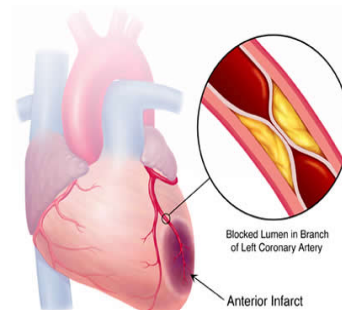
Объектив маълумотлар

1. Умумий куздан кечириш:

- беморнинг умумий ахволи, эс-хуши; тиник., шок, коллапс ва б.;
- уриндаги вазияти, чалканча ётиши, каддини баланд кидиб утириши, ортопноэ, безовталик, кузгалувчанлик, куркув: хаяжонланиш;
- рангпарлик, цианоз - акроцианоз, куп терлаш, бугилиш, шишлар.

2. Юрак-томирлар системаси:

- пулс - ритмик, аритмик, брадикардия, тахикардия;
- артериал босим - нормал, одатда пасаяди;
- юракнинг чапга, уннга ва х. к. кенгайиши;
- тонлари пасайиши, чуқкида систолик шовкин,
- ритми бузилиши - экстрасистолия, титрок аритмия;



- Уткир томирлар етишмовчилиги клиникаси; гипотензия, рангпарлик, совук. ёпишқок терлаш ва хушдан кетишнинг бошқа аломатлари, коллапс, шок;

- чап коринча (бугилиш, кон туфлаш, упкада димланишдан хириллаш, шишлар, бушликда суюклик йигилиши, веноз босим ошиши ва б.) ва тулик юрак етишмовчилиги клиникаси.

3. Тож томирлар атеросклерози, кардиосклероз, гипертензия касаллиги ва миокард инфарктига сабаб буладиган ва унга кушилиб келадиган бошқа касалликлар клиникаси.

Лаборатория, биохимиявий, инструментал ва бошқа кушимча текшириш методларининг маълумотлари:

- умумий кон анализи
 - лейкоцитоз, нейтрофилез лейкоцитар формуланинг чапга силжиши билан, камрок
 - огир холларда лейкоцитопения, эозинофилия, СОЕ ошиши;
 - умумий сийдик анализи
 - миокард инфарктининг этиологияси, аоратлари, юрак декомпенсацияси борлигига боғлиқ холда тегишли узгаришлар;
 - биохимиявий силжишлар диспротеинемия, С-реактив протеин пайдо булиши, фибриноген, натрий, катехоламинлар микдори ошиши. холестерин, лецитин, ивишга карнш омиллар микдори узгариши, алдолаза, аспартат-ва аланинаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, камрок - ишкорий фосфатаза активлигининг ошиши;
 - электрокардиографик текширишлар: ЭКГ даги узгаришлар
- миокард некрози жойлашган жойга, чуқурлигига ва кенглигига боғлиқ, ЭКГ даги некроз зонаси QRS комплексидаги узгаришлар куринишида, шикастланиш зонаси - S - Т интервали силжиши, ишемия зонаси - Т тишча узгаришлари куринишида ифодаланади.

2. Атипик кечиши:

- **астматик варианти** - уткир чап коринча етишмовчилиги типи буйича кечади - юрак астмаси ва упка шиши тегишли симптоматика билан;
- **абдоминал варианти:** туш ости, уннг ковургалар ости соҳасида огрик, кунгил айнаиши, кушиш, корин дам булиши, корин девори таранг тортиши, баъзан меъда-ичак юли парези аломатлари ва корин бушлиги органлари уткир хирургик патологиясининг бошқа симптомлари;
- **аритмик варианти** - огрик синдроми юклиги, юрак ритмининг хар хил бузилишлари - титрок аритмия, экстрасистолия, турли даражадаги блокадалар борлиги;
- **церебрал формаси** - миёда кон айланиши бузилиши клиникаси, бемор психикаси бузилиши, психозлар, хушдан кетиш, инсульт баъзан миокард инфаркти аритмик формаси билан бирга.

Миокард инфаркти асоратлари:

1. Юрак тампонадаси ва ёрилиши
2. Уткир чап коринча етишмовчилиги – юрак астмаси

3. Кардиогенный шок
4. Юрак ритм ива уткузвчанлигининг бузилиши
5. Коринчалараро тусик ёрилиши
6. Чап коринча аневризмаси
7. Тромбоэмболия
8. Дресслер синдроми
9. Сурункали юрак етишмовчилиги
10. Инфарктдан кейинги кардиосклероз.

АТЕРОСКЛЕРОЗ

Таърифи. Атеросклероз – артерияларнинг сурункали тизим касаллиги, унинг негизини томирлар ички деворида липидлар ва кальций тузлари йигилиши, аникроги инфильтрацияси ташкил қилиб, у бириктирувчи тукима ривожланишига ва, бинобарин, томирлар деворлари каттиклашувига ва улар бушлигининг торайишига олиб келади. Оқибат натижада кон окимининг бузилиши содир бўлади, яъни аъзонинг кон таъминоти ёмонлашиб, аввалига дистрофик, сунгра некробиотик ва охирида склеротик жараёнлар ривожланади.

Этиологияси. Хозирги вақтда атеросклероз этиологияси ва патогенези мураккаб ва хал қилинмаган масала бўлиб қолмоқда. Унинг ривожланишида қуйидаги муҳим рол уйнайди:

- алиментар омил
- овқатланиш шароитлари, овқатда холестерин ва туйинган ёғ кислоталарига бой хайвонот ёғи ва оксилларнинг куп микдорда бўлган овқат истеъмол қилиш
- жисмоний фаолликнинг пастлиги
- гиподинамия, камхаракат ҳаёт тарзи ва чекиш қаби зарарли одатларнинг роли
- асаб-эмоционал бузилишлар
- стресс, зуриқишнинг роли, касб-корининг аҳамияти ва б.
- эндокрин ва метаболит бузилишларнинг роли
- атеросклероз ривожланадиган фон
- ёғ босиш, подагра, гипотиреоз, қандли диабет кабиларнинг аҳамияти
- ирсий
- конституционал мойиллик

Патогенези.

- асаб ва асаб-гуморал (жумладан гормонал) бузилишлар
- липид ва липид-оксил метаболитизмининг узғариши, тукималар ва аъзоларда метаболитизм бузилиши
- ферментлар синтези бузилиши, фермент тизимининг шикастланиши, кон ва тукима липолитик фаоллигининг пасайиши
- томир деворининг ҳолати (томир омили), унинг уткузвчанлигининг бузилиши
- мойил қиладиган жихатлар

Атеросклероз ривожланишини тушунтирадиган концепциялар (А.Н. Климов)

Концепция	Ўзгаришлар	Таъсир характери
Плазма	Атероген липопротеидлар концентрациясининг қупайиши (пребетта ва бетта липопротеидлар). Артериал босим ва кон ивиш хусусиятининг ошиши	Артериал деворга липопротеидлар оқиб келишининг ошиши. Тромб ҳосил бўлиши
Томирлар эндотелиysi	Инфекция, токсинлар ва бошқа моддалар таъсирида эндотелиал хужайраларнинг шикастланиб ва қискариб, хужайралар аро бушликлар қатталашувига олиб келади	Артериал девор уткузвчанлигининг ошиши

Интима	Интиманинг букиши ва гиперплазияси	Артериал девор утказувчанлигини ошириши ва липопроteidлар тухталиб колиши
Эластик мембрана	Мембрана деструкцияси ва парчаланиши ҳамда узилиши	‘шанинг узи
Медия	Силлик мушак хужайралари пролиферацияси. Мушак хужайралари метаболизми пасайган.	Липопроteidлар тухталиб колиши. Липопроteidлар ва липидлар метаболизми секинлашуви.
Адвентиция	Лимфатик дренаж ва функцияси бузилиши. Семиз хужайралар микдорининг камайиши	Липопроteidлар окиб кетишининг пасайиши

Патологик анатомияси.

Артериялар атеросклерози – хусусий, бироқ артериялар склерозининг уз таркалиши ва клиник ахамиятига кура энг мухим формаси булиб, у липид алмашинувининг бузилиши ва куп аъзоларда органик узгаришларга олиб келадиган асосан эластик типдаги артерияларнинг зарарланиши билан характерланади. Куйидаги узгаришлар кузатилади:

- жараённинг жойлашган урнига кура йирик томирларда дистрофик, склеротик узгаришлар
- атероматоз пиллакчалар
- деформация, томирлар эластиклиги пасайиши, атероматоз яралар
- тромбозлар, томирлар бушликининг торайиши ёки бекилиб колиши, некроз учоклари, кардиосклероз, бирламчи бужмайган буйраклар белгилари.

Атеросклерознинг клиник манзараси турли-туман ва ноаник ва шаклига – касаллик даврига (клиник белгиларигача булган давр, клиник давр), боскичига (ишемик, тромбонекротик, склеротик) ва жараённинг асосан каердалигига (тож томирла, аорта, бош мия томирлари, буйраклар, упка атеросклерози ва х.к.) боглик.

АТЕРОСКЛЕРОЗ ТАСНИФИ

Патогенетик шакли	Касаллик даврлари ва боскичлари	Жойлашган урни
Вазомотор бузилишларнинг устунлиги билан	1. Бошлангич, клиник давргача булган давр (липоидлар ва липопроteinлар таркибида вазомотор бузилишлар булади) 2. Клиник давр: I боскич – ишемик (аъзода атеросклеротик узгарган томирдан кон таъминоти бузилиши натижасида унда дистрофик белгилар борлиги). II боскич – тромбонекротик (аъзода атеросклеротик узгарган томирлар тромбози натижасида инфаркт пайдо булиши) III боскич – склеротик (аъзода томирлар атеросклерози заминида чандикли узгаришлар булади)	Атеросклероз жойлашган жой аникланмайди
Метаболик бузилишлар устунлиги билан		

СУБЪЕКТИВ МАЪЛУМОТЛАР.

Шикоятлар:

- юрак, кукрак, туш оркаси сохаларида огрик, баъзан стенокардия типи буйича иррадиация билан
- бошда огрик ва огирлик хисси, бош айланиши, кулок шангиллаши
- оёкларда огрик ва мадорсизлик
- коринда ноаник огрик, корин дам булиши
- юрак уриши, юрганда ёки тинч турганда нафас кисиши
- эшитиш, хотира, куриш кобилиятларининг сусайиши
- уйку бузилиши, иш кобилиятининг пасайиши

ОБЪЕКТИВ МАЪЛУМОТЛАР.

1. Куздан кечириш: Беморнинг умумий ахволи, уриндаги вазияти, касаллик боскичи ва асоратлар борлигига боғлиқ, беморлар ёшига нисбатан катта куринадилар, терисини ажин босган, курук, атрофик, сочлари барвақт тукилади ва окаради, майда веналари кенгайди, айрим артериялари эгри-бугри ва ушлаб курилганда кулга каттик уннайди, кузларидаги ялтирок жозиба пасаяди, лабларида цианоз, тинч турганда нафас кисиши ва юрак декомпенсациясида шишлар булиши мумкин.

2. Тож томирлари атеросклерози сурункали тож томирлар етишмовчилиги курилишида юзага чиқади: юрак соҳасида огрик, стенокардия, юрак уриши, нафас кисиши.

3. Атеросклеротик кардиосклероз:

- тож томирлар етишмовчилиги
- миокард кискариш кобилиятининг бузилиши – юрак етишмовчилиги (чап ёки унг коринча ёки тотал юрак етишмовчилиги)
- юрак мароми ва утказувчанлиги бузилиши (экстрасистолия, титрок аритмия, турли даражалардаги юрак блокадаси ва б.).

4. Аорта атеросклерози:

- кукрак атеросклерози: аорта катталашуви ва пульсацияси, аорта устида акцент ва систолик шовкин, у кулни юкорига кутаришда кучаяди – Сиротинин-Кукаверов симптоми, юрак чегараларининг чапга кенгайиши;
- корин атеросклерози: коринда ноаник огриклар, метеоризм, диспепсия, корин аортаси зичлашуви ва пульсацияси, унинг устида систолик шовкин.

5. Бош мия томирлари атеросклерози: бош огриши бош айланиши, хотира сусайиши, ақл пастлик, куллар тремори, нутк ва хатнинг, куз тубининг узгариши, тромбоземболик асоратларнинг белгилари ва б.

6. Артериялар атеросклерози.

- буйраклар артериялари атеросклерози: буйракларнинг зарарланиш симптомлари – протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия, симптоматик гипертензия, нефроангиосклероз, буйрак декомпенсацияси белгилари
- ичактуткич артериялари атеросклерози – корин дам булиши, ноаник огриклар, ичакдан кон кетиши, ичак тутилиши белгилари ва б.

7. Оёк томирлари атеросклерози: оёк панжаси бармоқлари, болдир мушакларида огрик, сезувчанликнинг пасайиши, пульс йуқолиши, дамбадам оксокланиш симптоми, маҳаллий гипотермия, яралар ҳосил булиши ва б.

III. ЛАБОРАТОРИЯ, ИНСТРУМЕНТАЛ ВА БИОКИМЁВИЙ ТЕКШИРИШЛАР МАЪЛУМОТЛАРИ

- умумий сийдик таҳлили - уртача протеинурия, микрогематурия, камрок цилиндрурия, гипоизостенурия ва буйрак артериялари атеросклерозидаги бошқа белгилар;

- липид алмашинуви – гиперхолестеринемия, фосфолипидлар микдори ошиши, фосфолипидлар ва холестерин, лецитин ва холестерин нисбатининг бузилиши ва б.

- оксил алмашинуви – умумий оксил ва унинг фракциялари ҳолати – альфа глобулинлар ҳисобига глобулинлар микдорининг ошиши, альбуминлар даражаси камайиши, альбумин-глобулин коэффициенти пасайиши ва б.

- протромбинга кон тахлили – протромбин индекси ва вакти, протромбин микдори ошиши тромб ҳосил булишига мойиллик келтириб чиқарадиган омил ҳисобланади;
- коннинг ивиш системаси ва ивишга қарши системаси омилларини текшириш;
- текширишнинг инструментал методлари – реовазография, аортаграфия, буйрак артериялари ангиографияси, коронарография ва бошқалар;
- жараённинг жойлашган урнига қура рентгенологик текшириш;
- тож томирлар атеросклерозида ЭКГ текшириш – кардиосклероз, гипоксия, миокарддаги ишемия, тишчалар волтажи пасайиши, P-Q ва QRS интерваллари узайиши, ST сегменти силжиши, ҳар-хил даражадаги блокада, экстрасистолия, титрок аритмия.

АСОРАТЛАРИ: миокард инфаркти, кардиосклероз, ритм бузилиши, юрак етишмовчилиги, инсульт, психоз, шахс дегротацияси: нефроангиосклероз, буйрак етишмовчилиги; ичак инфаркти, кон кетиши, ичак тутилиб қолиши, оёқ бармоқлари гангренаи ва бошқа тромбоэмболик асоратлар.

КИЁСИЙ ТАШХИС: гипертония касаллиги билан, вегетатив – томирлар дистонияси, келиб чиқши ҳар-хил миокардиодистрофиялар, тож томирларга алоқадор бўлмаган кардиопатиялар, юракнинг ревматик зарарланиши, тугунчали переартериит ва бошқа систем каллогенозлар, юрак ва йирик томирларнинг захмли зарарланиши, климакс, Базедов касаллиги, айрим буйрак касаллиги билан киёслаш керак.

ДАВОЛАШ:

1. Чекиш ва алкогольни суистеъмол қилмаслик.
2. Фаол ҳаёт тарзи; жисмоний тарбия, сузиш, организмни чиниктириш, уйқуни тартибга солиш, рационал овқатланиш тартибига риоя қилиш.
3. Дори дармонлар билан даволаш;
 - гиполипидемик дори воситалари
 - йод препаратлари
 - эстрогенлар- фолликуллин, эстрадиол
 - калконсимон без гормонлари (тиреоидин)
 - витаминлар – PP, B1, B6, B12, B15, E, C
 - томир кенгайтирувчилар – папаверин, платифиллин
 - нитро препаратлар: нитроглицерин, сустак-форте, эринит
 - седатив дорилар (барбитуратлар)
 - диуретиклар, антикоагулянтлар

Кекса ва қарияларда Қабзият

Қабзият деганда каттик нажаснинг қийин ва кам микдорда ажралиши тушунилади. Шу уринда 2-3 кунда бир марта ажраладиган юмшоқ нажас қабзият деб аталмаслиги, аксинча бир кунда 2-3 марта, аммо қийин ва каттик ажралиши унинг борлигидан дарак берувчи белги эканлигини эслатиб ўтмоқчимиз.

Қабзият ривожланишнинг асосий механизмлари қуйидагилардир:

- ичак моторикасининг бузилиши;
- дори воситаларини тартибсиз қабул қилиш;
- нажас ажралишнинг сусайиши;
- ичак ҳаракатланишига қаршилик тугдирадиган органик узғаришлар;
- ичак таркибининг унинг ҳажмига тугри келмаслиги.

Келиб чиқиш сабабларига қура қабзият:

- бирламчи, (йугон ичак аномалиялари, ривожланиш ва иннервация нуксонлари)
- иккиламчи (йугон ва тугри ичак касалликлари ва шикастланишлари, дори воситаларининг нозуқи таъсири)

- идиопатик

Патогенетик ривожланиш механизмига кура кабзиятлар :

1. Алиментар (нажас хажмининг камайиши):

- сув алмашуви мувозанатининг бузилиши (ичакдан тапшарида сув йукотишнинг купайиши, сув истеъмолининг камайиши);
- кам овкат истеъмол килиш;
- овкат таркибида толалар (клетчаткалар) камайиши, сурункали бир хил таом истеъмол килиш.

2. Механик:

- ичакда овкат колдиклари ҳаракатининг (ичакнинг ташқаридан ёки ичкаридан босилиши) кийинлашиши.

3. Дискинетик (ичак буйлаб нажас ҳаракатининг пасайиши):

- ичак ривожланишидаги аномалиялар (долихомегаколон, мегаколон, мегаректум, Гиршпрунг касаллиги);
- периферик асаб тизими касалликлари (ичак псевдообструкцияси, склеродермия, КД» гипотиреоз, семизлик);
- рухий (Паркинсон касаллиги, паралитик синдром, таркок склероз, депрессия, стресс, деменция) касалликлар;
- дори воситалар (алюминий гидроксид, кальций карбонат тутувчи антацидлар, антихолинэргик препаратлар, спазмолитиклар, антидепрессантлар, НЯКВ, наркотик анальгетиклар, тутканокка ва силга қарши воситалар, антигипертензив дорилар (БАБ, КА, АРА, ААФИ), цефалоспорин гуруҳига қирувчи антибиотиклар, диуретиклар, гестогенлар, нейролептиклар, транквилизаторлар);
- ичакдаги функционал бузилишлар (ичак таъсирланиш синдроми, функционал кабзият);
- дефекация рефлексининг бузилиши;
- идиопатик кабзият;
- дисхезия - бавосил, орқа чиқариш йули ёрилиши, тугри ичакда нажас туриб қолиши ҳисобига оғриқли ва кийинлашган дефекация.

Давомийлиги бўйича кабзиятлар:

утқир ва сурункали турлари фаркланади.

Беморга қуйидаги саволларни бериш мақсадга мувофиқ:

- ▶ Бир кеча кундузда неча марта ичингиз келади?
- ▶ Нажаснинг ташқи қуринишини айтиб беринг. Қуп мивдордами? Каттик ёки юмшоқми? Майда, юмалок шаклда эмасми? Таркибида қон ёки шилимшиқ борми?
- ▶ Ички қийимлар ифлосланмайдими?
- ▶ Дефекация вақтида оғриқ буладими?
- ▶ Тугри ичакда доимо бегона нарсаси борлиқ ҳисси йукми?
- ▶ Дефекациядан кейин узингизни қандай ҳдс қиласиз?

Лаборатор-асбобий текширув:

- гемоглобин миқдори ва ЭҚТни аниқлаш;
- нажасни яширин қонга текшириш;
- қоннинг биохимик текширувлари (қон зардобиди кальций ва калий миқдори, рақ эмбрионал антигенини аниқлаш ва бошқалар);
- қалқонсимон без гармонлари қурсатқичини аниқлаш;
- ректороманоскопия, колоноскопия;
- рентген ва бошқа текширув усуллари.

Яллигланишга боғлиқ бўлмаган кабзиятлар

Функционал қабзият

1. Оддий кабзият; (Алиментар ва гиподинамия)

2.Ичак гипокинезиясидаги кабзият;

3.Ичак гипокинезияси кузатилмайдиган холлардаги кабзият (таъсирланган ичак синдромининг кабзият билан кечиши).

Алиментарцабзият

Рефлектор цабзият

Дорилар таъсирида юзага келган цабзият

Эцдокрин цабзият

Сув-электролит мувозанатининг бузилиши натижасида юзага келган цабзият

Яллигланишга боглик булган кабзиятлар

Кабзиятлар ингичка ва йугон ичакнинг яллигланиши (сурункали энтерит ва колитлар) билан кечадиган касалликларда кузатилади.

Классификация.

I.Этаологияси буйича - инфекцияга, интоксикацияга боглик, паразит- лар, алиментар, носпецифик яралли ва гранулематоз колит, энтероколит (Крон касаллиги), ишемик, псевдомембраноз ва аралаш колит;

II.Жойлашиши буйича - тотал (панколит), сегментар (тифлит, сигмоидит, транзверзит, проктит);

III,Морфологик узгаришлар буйича - катарал, эрозив, яралли, атрофич, аралаш;

IV.Огирлик даражасига кура - енгил, **урта**огир, огир;

V.Кечишига караб – кайталанувчи, монотон, узлуксиз, интермитирловчи, баъзан пайдо буладиган;

VI.Даври буйича - авж олиш, ремиссия (нотулик, тулик) ;

VII.Функционал узгаришлар буйича:

- мотор функцияга караб - гипермотор ва гипомотор;

- ичак дисфункцияга караб - ачитадиған, чиритадиған ёки аралаш диспепсия устунлиги билан, диспепсиясиз;

VIII.Аллергич ёки аллергия синдромисиз

Кабзиятни даволаш

Дориларсиз даволашкуйидагиларни уз ичига олади:

- мунтазам спорт билан шугулланиш ва пиёда юриш;

- дефекацияга чакирув хисларини босиб турмаслик ва хар куни ичакларни бушатишга харакат килиш;

- сурги дориларни доимий кабул килишдан воз кечиш;

- агар карши курсатмалар булмаса, овкат рациониди ичак бушашини тезлаштирувчи махсулотлар (усимлик клетчаткаларига бой сабзи, кабачка, ковок, ноннинг бугдой кипиклари кушиб тайёрланган турлари, гречка, бугдой, лерловкадан тайёрланган буткалар) ни купайтириш;

- мева ва сабзавот (анжир, олхури, туршак, банан, олма) шарбатлари;

- сут ва катик махсулотлари;

- кабул килинадиган суюклик микдори бир кунди 1,5 литрдан кам булмаслиги;

- олий нав ундан тайёрланган нон, хамир махсулотлари, ёгли гушт, дудланган консерва махсулотларини истеъмол килмаслик

- аччик ва нордон овкатлар, шоколад, пишлок (брынза) кахва ва чой, гуруч ва крупадан тайёрланган бутка, вермешель, картошка кабул килишни чегаралаш;

- ошкозон-ичак тизимида газ хосил (дуккакдилар, карам, узум шарбати) килувчи махсулотларни тавсия килмаслик;

- овкатдан эфир мойларига бой мах,сулотлар, турп, шолгом, пиёз, саримсок пиёз, шолгомчаларни истисно килиш;

- ичак харакатини кучайтириш максидида бугдой кипикларидан (бошлангич даврди кунди 3 кошик, кейинрок 3-6 кошикгача овкатга аралаштириб ёки 3 кошик эрталаб 1 стакан сувди

эритиб оч коринга ичиш ва чакирик бор-йукдигидан катъи назар хожатга бориш) фойдаланилади;

- жисмоний машқлар (юриш, сузиш, чанок тубини ва корин прессини мустахкамловчи машқлар ва уларнинг ҳар бирини 30 мартагача ошириб бориш);
- эрталаб тургандан сунг (чакирик бор йуклигидан катъи назар) ҳар куни бир вақтда хожатга бориш.

Дорилар билан даволаш.

- Гипомотор дискинезияда **Прокинетиқлар** (тегасерод, прукалоприд, мосаприд, суматриптан, метоклопрамид, домперидон)
- Спастиқ дискинезияларда **миотроп таъсирли спазмолитиқлар** (но-шпа, платифиллин, спазмалгон, мебеверин гидрохлорид-дюспаталин).
- Антрагаикозид тутувчи усимлиқ препаратлари (ревоч, крушина, сано барги)
- Сенна препаратлари (сенаде, сенадексин, пурсенид) ва таркибида сена тутувчи аралаш дори (агиолак, регулак, калифиг) лар буюрилади.
- Ичак фаолиятини кузгатувчи препаратларга дифенилметан деривантлари- фенолфталин ва изафенин
- Гидрофил коллоидлар (денгиз карами, агар-агар, кипиқлар, лактулоза-дюфалак, макроголлар- форлак),
- Тузли сурғи препаратлари (натрий сульфат, магний сульфат, карловар ва маршан тузи)
- Нажасни юмшатувчи дори воситалари (вазелин, гуталакс ликолакс фенхел ва бодом мойи)
- Фермент препаратларидан (мезим форте, креон, панзинорм, фестал, дигестал панкреатин) Улар таблеткаларда овқат вақтида ёки ундан кейин дархол ичилади. Даволаш курси 4-6 ҳафтадан 2 -3 ойгача.
- Ичак биоценозини тикловчи воситалар (колибактерин, бификол, бифидобактерии, лактобактерин, хелак форте) кулланилади.
- Функционал аноректал обструкция билан кечган кабзиятда глицеринли шамчалар яхши самара беради. Тугри ичак шиллиқ кавати сезувчанлиғи пасайганда, карбонат ангидрид газини камайтирувчи шамчалардан фойдаланилади.

Кекса ва қарияларда холециститлар

Ут пуфагининг сурункали яллиғланиши бўлиб, билиар тизимдаги мотор-тоник бузилишлар оқибатида ривожланади, ўткир ва сурункали шакллари фарқ қилинади. Ўткир холециститнинг 90% сабаби бу ўт-тош касаллиғи ҳисобланади. Сурункали холецистит кексаларда ёшлиқда орттирилган касалликнинг давоми ҳисобланиб, кўпроқ семиз аёлларда учрайди. Сурункали холецистит тошли ва тошсиз бўлиши мумкин.

Клиник кўриниши:

Ўнг қовурға остида, баъзан эпигастрал соҳада бир неча соатлар давом этадиган оғриқлар. Оғриқлар ёғли ва қовурилган овқатлар, тухум, совуқ газли сувлар, пиво, ўткир маҳсулотлар истеъмол қилинганда бошланади ва кучаяди. Айрим ҳолларда оғриқлар кўнгил айланиши, кекириш, қорин дам бўлиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, қорин юқори қисмларида доимий бўлиб турувчи оғирлиқ ҳисси билан кечади. Объектив кўрувда: ўт пуфағи проекциясида оғриқ, айниқса, нафас олганда Мерфи симптоми.

Лаборатор ва инструментал текширувлар:

Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, қондаги холестерин, амилаза, қанд, қон гуруҳи ва Rh-фактор, копрограммадуоденал сокни бактериологик, цитологик ва биохимик текшириш, қондаги билирубин ва унинг фракциялари, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГГТП, қон умумий оксигени ва оксид фракциялари, қон зардобидидаги С-реактив протеин. УТТ- жигар, ўт пуфағи, ошқозон ости бези, дуоденал зондаш, эзофагогастродуоденоскопия, кўкрак қафасининг рентген текшируви.

Даволаш:

Антибактериал даво: ципрофлоксацин 500-750 мг дан кунига 2 маҳал 10 кун мобайнида ёки доксициклин ичишга ёки венага томчилатиб қуйилади кунига 200 мг гача, кейин касалликнинг оғирлигига боғлиқ ҳолда кунига 100-200 мг дан 10-15 кун берилади. Эритромицин ичишга овқатдан 1 соат олдин ёки овқатдан 2-3 соатдан кейин, қабул қилиш дозаси 400-600 мг дан, кейин 200-400 мг дан ҳар 6 соатда 7-14 кун давомида инфекциянинг оғирлигига боғлиқ.

Хуруж даврида симптоматик даво: Спазмолитик препаратлар (керак бўлганда анальгетиклар билан бирга) оғриқ синдроми йўқолгунча тавсия қилинади: бускопан 2% ли эритма-1,0 мл м/о суткасига 3-4 марта, ёки но-шпа 2% ли эритма-2,0 мл м/о суткасига 3-4 маҳал, ёки метацин 1% ли эритма-2,0 мл м/о суткасига 3-4 маҳал, ёки папаверин 2% ли эритма-2,0 мл м/о суткасига 3-4 марта. Дезинтоксикацион даво: полидез 200-400 мл в/и томчилаб 3-4 кун.

Ошқозон ва 12 бармок ичак фаолиятини меъёрлаштиришга йўналтирилган даво: маалокс, ёки фосфалюгель, ёки гастерин гель, ёки бошқа антацид препаратлар 1 дозадан овқатдан 1,5-2 соат ўтгандан сўнг қабул қилинади. Дигестал, ёки фестал, ёки креон, ёки мезим форте, ёки бошқа полифермент препаратлар овқат вақтида 1-2 дозадан қабул қилинади.

Ремиссия даврида: метоклопромид (церукал) ва мебеверин (дюспаталин) 200мг кунига 2 маҳал ёки симетикон(эспумизан) ёки метеоспазмил 1капсуладан кунига 3 маҳал 2 ҳафта; фебихол 2 капсуладан 3 маҳал овқатдан олдин, ёки аллохол 2 таблеткадан 3-4 маҳал кунига овқатдан кейин буюрилади.

Овқатланиш тартибини ўзгартириш бўйича тавсиялар: ёғли ва қовурилган таомлар, алкоголь ичимликлари, шунингдек, пиво, газлаштирилган ва совутилган ичимликлар, ўткир тамаддиларни ман этиш; оз-оздан, тез-тез овқатланиш (суткасига 4-5 марта), овқат маҳсулотларини қайнатиш ёки буғда тайёрлаш ва илиқ ҳолда истеъмол қилиш; шунингдек сабзавот ва ёрмали маҳсулотларни газ печида тайёрлаб истеъмол қилиш мумкин.

Гериатрик ёшда сурункали панкреатит—ошқозон ости безининг прогрессивланувчи касаллиги бўлиб, хуруж даврида ўткир яллиғланиш жараёни белгиларининг пайдо бўлиши ва аъзо паренхимасининг бириктирувчи тўқима билан аста-секин алмашилиб бориши ҳамда безнинг экзо ва эндокрин функцияси етишмовчилиги ривожланиши билан характерланади.

Клиник кўриниши:

Клиникада обструктив, кальцификацияланувчи, паренхиматоз сурункали панкреатитлар ажратилади.

Гериатрик ёшда беморларда эпигастрал соҳада ва чап қовурға остида оғриқлар, баъзи беморларда қорин дам бўлиши ва ич келишининг бузилиши кузатилади. Оғриқ кўпинча белга берилади, овқат еганда кучайиб кислоталарга қарши препаратлар (антацидлар, гистамин, H2-рецепторлари блокаторлари ва протон помпа ингибиторлари), ферментлар қабул қилганда камаяди.

Беморлар текширилганда озиш билан бирга кўкрак, қорин соҳасидаги терида думалок “қизил томчилар” кўринади, тери қуруқлиги, глоссит, стоматит кузатилади. Қоринни пальпация қилганда эпигастрал соҳада ва чап қовурға остида оғриқ ва ичакларда дам. Мейо-Робсон симптоми аниқланади (чап қовурға- умуртқа бурчагида оғриқ. Баъзан қаттиқлашган ва шишган ошқозон ости безини пальпация қилиш мумкин.

Лаборатор ва инструментал текширувлар:

Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, копрограмма, умумий билирубин ва фракциялари, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГГТП, қондаги амилаза ва липаза, қондаги қанд, қондаги кальций, умумий оксил ва уни фракциялари, қондаги қанд эгрилиги.

Инструментал: қорин бўшлиғининг умумий рентген тасвири, УТТ қорин бўшлиғи органлари (комплекс), эндоскопик ретроград холангиопанкреатография, ошқозон ости бези УТТ (даволашдан олдин ва кейин).

Хуружнинг биринчи уч кунда очлик, кўрсатмалар бўйича парентерал овқатлантириш. Дуоденостазда- ингичка зонд ёрдамида нордон ошқозон таркибини узлуксиз аспирациялаш (тозалаш), ҳар 8 соатда ранитидин (200мг) ёки (20га) вена ичига; ичишга-гель кўринишда буферли антацидлар (маалокс, ремагель, фосфалюгель, гастерин гель) ҳар 2-3 соатда; в/и полиглюкин 400мл кунига, гемодез 400мл, альбумин 10%-100мл, 5-10% ли-500мл глюкоза

эритмаси кунига. Оғриқ синдроми йўқолмаса-2мл 50% анальгин эритмаси, 2мл 2% папаверин эритмаси ёки 5мл баралгин парентерал ёки соматостатиннинг синтетик аналогиси-сандостатин (50-100мкг 2 маҳал кунига тери остига), ёки лидокаин вена ичига томчилатиб (400мг препарат 100мл натрий хлорид изотоник эритмасида) буюрилади.

Кучли оғриқ синдроми йўқолгандан кейин даволашнинг 4-кунидан:

- Ҳайвон ёғисиз овқатланиш, кам-кам миқдорда;
- Полиферментлар: креон (1-2 капсуладан), ёки панцитрат (1-2 капсуладан), ёки мезим форте (1-2 даражадан) ҳар овқатланиш пайтида узоқ вақт давомида;
- Анальгетикларни, инфузион терапияни ва препаратларни парентерал қўйишни секинлик билан тўхтатилади, улардан баъзиларини ичишга тавсия қилинади;
- Ранитидин (ранисан) 150мг ёки фамотидин (фамосан) 20мг кунига 2 маҳал,
- Метоклопромид 10мг дан кунига 4 маҳал овқатдан 15 минут олдин, ёки симетикон (эспумизан) 1-2 капсуладан кунига 3 маҳал,
- Селектив спазмолитиклар (дюспаталин)-қабул қилинган умумий дозаларда 2-4 ҳафта давомида.

Гериатрик ёшдагиларда сурункали гепатит—жигар хужайраларидаги яллиғланиш-дистрофик ўзгаришлар билан характерланади. Кексалардаги сурункали гепатит ёшликда орттирган касаллиги оқибатида келиб чиққан бўлиши мумкин.

Клиник кўриниши:

Кексаларда сурункали актив гепатит оғирроқ кечади. Уларда дармонсизлик, тез чарчаш, иштаҳанинг йўқолиши, кўнгил айланиши, мудроқ босиши, бадан сарғайиши, асцит пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Бунда жигар катталашиши, баъзан, талоқ катталашиши кузатилади.

Сурункали гепатит билан оғриган беморларда, касалликни фаол даврида умумий оксил миқдори камаяди, сулема ва тимол синамалари мусбат бўлади, умумий билирубин, липидлар ва ферментлар АлАТ ва АсАТ миқдори ошган бўлади.

Даволаш:

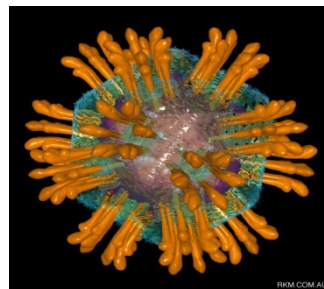
Сурункали гепатитни даволашда парҳезга катта эътибор бериш керак. Ёғлар чекланиб, оксилга бой, калорияли, осон ҳазм бўладиган овқатлар тайинланади. Даволашда липотроп воситалар, витаминотерапия, ўт ҳайдовчи қайнатмалар, спазмолитиклар, минерал сувлар буюрилади. Сурункали актив гепатитда агарда кўрсатма бўлса, кортикостероидларни қўллаш мумкин. Беморларга санаторий ва курортларда даволаниш, ҳамда дам олиш тавсия этилади.

Гериатрик ёшдагиларда жигар циррози—(ЖЦ) фиброз ривожланиши ва паренхиматоз тугунлар пайдо бўлиши ҳисобига аъзо структурасининг бузилиши билан характерланади. Гериатрик беморларда жигар циррози кўп учрайди. Жигар циррози кўпинча сурункали гепатитнинг оқибатидир. Жигар циррози алкоголизм, захарланиш, инфекциян касалликлар, қандли диабет, оқибатида ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Клиник кўриниши:

Беморларда кучли ҳолсизлик, тез чарчаш, иш кобилиятининг пасайиши (астеник синдром), бурундан қон келиши, милклардан қон келиши (геморрагик синдром), иштаҳанинг пасайиши, қорин шишиши ва катталашиши, ич келишининг бузилиши (диспептик синдром), қорин ўнг қисмида ўткир бўлмаган оғриқ, терида қичишиш, тана хароратини ошиши, озиб кетиши кузатилади. Жигар циррози учун «жигар стигматлари» (белгилари) хос:

- томир юлдузчалари (ургимчаклари)—уларниг улчами тугногич бошчасидан то 0,5-1 см гача булади, аксарияти гавданинг юкори қисмида—буйин, юз, елка, панжа, орқада, камрок — бурун, огиз, халқум шиллик пардаларида, гавданинг куйи ярмида пайдо булади;
- «кип-кизил» лаблар ва ёнок соҳасида эритема—одатда лаблар кизил, ялтирок, огиз шиллик пардаси кизил, тил «жигарнамо», ялтирок ва малина рангида;



- Палмар эритема («жигар кафтлари»)-(оёқ панжасида камрок)-кафтлар эритемаси– кафтлар тиник кизил буялган бўлиб, одатда илик;
- гормонал бузилишлар: эркаларда-гинекомастия, жинсий ожизлик, мойлар атрофияси, аёлларда-амеорея, тугмаслик сингари эндокрин бузилишлар белгилари? инфантилизм;
- ксантоматоз (саргиш–жигарранг) пилакчалар–ковоклар, кафтлар, купрок оркада, ксантелазмалар, тиззада ксантомалар;

Объектив кўрганда шиллик қаватлар, склералар ва тери сариқлиги, қорин олд девори веналарини кенгайтиши, кафт эритемаси, Дюпюитрен контрактураси, юзда майда ипсимон қон томирларини пайдо бўлиши, «томирли юлдузчалар» симптоми, эркаларда гинекомастия, жигар ҳажмини, шаклини ва консистенциясини ўзгариши, спленомегалия, қорин катталашини

Медуза боши

Тери ва қуз склераси саргайиши

Асцит сабаблари

1. Қорин парда яллигланиши:
 - а) туберкулёзли б) бошқа перитонитлар в) мезителиома
2. Рак механизми а) Рак механизми б) педомиксома 3. Портал гипертония - жигар сеналари тромбози - пастки кавак вена стенози - жигар веналари тушиб қолиши - жигар веналари облитерацияси - жигар циррози - жигар усмаси - бошқа касалликлар
4. Буйрак касалликлари: а) нефротик синдром б) хроник нефрит
5. Юрак ва перикард касалликлари: а) конструктив перикардит б) унғ қоринча етишмовчилиги в) юрак қахепсияси
6. Ошқозон ичак касалликлари: а) ичак лимфангоэктазияси б) ювинил касалликлари
7. Бошқа касалликлар: а) микседема, панкреатит

Шиш–асцит синдромининг асосий сабаблари.

I. Махаллий сабаблар:

- Лимфатик шишлар
- Квинке шиш
- Симпатик нерв системаси фаолияти трофик бузилиши.
- Веноз капиллярларда босимнинг кутарилиши туфайли
- Салбий рухий зарбалар туфайли

II. Менструация олди синдроми

III. Физиологик ва патологик тус билан утувчи хомиладорлик

IV. Нефротик синдром

- Гломерулонефрит
- Амилоидоз
- Диабетик нефропатия
- Макла-Уэлса синдроми
- Бошқа сабаблар (25 дан ортиқ)

V. Энтеропатиялар:

- Ичак лимфангоэктазияси
- СПРУ синдроми
- Ингичка ичак усмалари
- Уипла касаллиги

VI. Юрак етишмовчилиги.

Асоратлар

1. Асцит
2. Жигар энцефалопатияси.
3. Меъда ва кизилунгач веналаридан қон кетиши.

4. Карцинома ривожланиши.

Окибати

Куп факторларга боглик (этиологиясига, асоратлар булишига). Асоратларнинг ривожланиши ёмон окибатларга олиб келади.

Лаборатор ва инструментал текширувлар:

Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, тромбоцитлар ва ретикулоцитлар, копрограмма, умумий оксил ва оксил фракциялари, умумий билирубин ва унинг фракциялари, АсАТ, АлАТ, ИФ, ГТП, қондаги холестерин, мочевино, фибриноген, калий, натрий ва темир микдори, қон гурухи ва резус-фактор, зардобдаги темир микдори, ахлатни яширин қонга текшириш, вируслар маркерлари (HBsAg, C, D гепатит вирусига антитаналар).

Инструментал текширувлардан: УТТ- жигар, ўт пуфаги, ошқозон ости беши, талоқ ва портал система томирлари, эзофагогастроуденофиброскопия.

Даволаш:

Панкреатин (креон, панцитрат, мезим ва бошқа ўхшашлар) 1 дозадан билан қунига 3-4 маҳал, курс давомийлиги-2-3 ҳафта. Спиронолактон (верошпирон) қунига 100 мг доимо; Фуросемид ҳафтасига 40-80 мг дан доимо ва кўрсатмалар бўйича: Лактулоза (дюфалак) қунига 30-60 мл кўрсатмага кўра; Ампициллин ёки неомицин сульфат қунига 0,5 г дан 4 маҳал. Ҳар икки ойда 5 кунлик курс; В-блокаторлар(анаприлин, индерал) 10-20 мг дан 4 маҳал доимо.

Парҳез, оксил чегараланган (0,5г/кг тана оғирлигига) ва ош тузи (суткасига 2,0г гача);

Герофармакотерапиянинг асосий принциплари

Замонавий гериатрик клиник фармакология биологик, клиник ва тиббий-ижтимоий қоидаларнинг яқин таъсири билан характерланади.

Қари одамлар организмда фармакодинамиканинг ўзига хослигини аниқловчи шароитлар қариганда фармакологик рецепторларнинг боғловчи қобилияти ва сонининг ўзгаришидан келиб чиқади.

Баъзи дориларни тавсия қилганда парадоксал реакциялар пайдо бўлиши мумкин.

Ёши улуг беморларда яна реактивлик ҳолати, яъни дори воситаларига сезгирликнинг ошиши ёки қамайиши билан намоён бўлиши мумкин. Клофелин билан даволаганда ортостатик реакция бўлиши мумкин. Юрак мушаги юрак глюкозидларига сезгирлиги ошиб кетади, улар одатий дозада ўтказувчанликнинг бузилиши ва экстрасистолияга олиб келиши мумкин. Шунинг учун қўшилган терапияда бир нечта дорини бирга тавсия қилганда уларнинг ўзаро таъсирини ҳисобга олиш керак. Бунда 4 хил натижа бўлиши мумкин:

1. Даволаш эффектини қучайиши
2. Унинг йуклиги
3. Эффектни қамайиши
4. Салбий реакциялар: бунга дори аллергияси ва унинг оғир тури—дори касаллиги қиради.

Дориларнинг ўзаро таъсирида организмда қуйидаги асосий механизмлар қатнашади:

1. Препарат молекулаларининг юборилган жойида яъни, қонда, лимфада, тўқималараро суюқликда, ҳужайраларда бир-бири билан ўзаро тўғри таъсири;
2. Фармакокинетикани ўзгариши (сурилишни, тарқалишни, чиқаришни);
3. Метаболизмни ўзгариши;

Препаратларнинг қўшилишида қўшилганда даволаш эффекти ошади, лекин асосланган қўшилган даво бўлмаса даволаш эффекти пасаяди ва салбий таъсирлар қўшпади.

Парентерал юборилган дориларнинг биргаликда қўлланилиши организмда қўшмалар ва преципитатлар пайдо бўлишига олиб келади. Беморга қуйилаётган плазма ва қонга дорилар қўшилганда шунга ўхшаш реакциялар қўзғатилиши мумкин.

Дорининг парентерал юбориш учун эритувчи сифатида инъекция учун сув, NaCl физиологик эритмаси, глюкоза ва новокаин эритмалари ишлатилади.

Инъекция учун сув ҳам қўшилган препаратларни эритиш учун (5-15 ml) ишлатилади, агар унинг ҳамми қўп бўлса, қоннинг осмотик қўшимча бўлиши мумкин. Глюкоза эритмасида

кўпчилик антибиотиклар парчаланади (бензилпенициллин, эритромицин, олеандомицин, линкомицин, канамицин) ёки чўкмага тушади. Новокаинли эритмалар гериатрияда кенг қўлланилади. Антибиотикларни эритиш учун 0,5-0,1 % новокаин эритмаси ишлатилади.

Витамин препаратларини битта шприцда юборилгандаги ўзаро таъсири яхши маълум. Хусусан, аскорбин кислотаси ишқорий эритмалар билан сиғишмайди (эуфиллин, кордиамин, кофеин-бензоат-натрий).

Битта шприцда пиридоксин гидрохлорид тиамин хлорид (бромид) билан аралаштирилса, пиридоксин гидрохлорид кислотали мухит таъсирида парчаланади.

Антибиотикларнинг инактивацияси (бензилпенициллин тузлари, гентамицин, стрептомицин) эуфиллин битта шприцда қилинса (ишқорий мухит) пайдо бўлади. Уларни биргаликда қўллаш бронхиал астма, бронхитда бўлиши мумкин. Битта шприцда яна антибиотик ва гепарин аралаштирмаслик керак.

Айрим патологик ҳолатларда (антибиотиклар туфайли ривожланган аллергия, инфекция-токсик шок, бронхиал астма) антибиотикотерапия кортикостероидлар билан олиб борилади.

Хаммага маълумки, антибиотиклар ва витамин препаратларининг (аскорбин кислота, В гурухи витаминлари) ни мақсадга мувофиқ қўллаш, ўтказилаётган давонинг терапевтик эффектини оширади. Масалан, аскорбин кислотаси пенициллинни тўқималарга кўпроқ ўтишига, организмда унинг сақланиш давомийлигини оширади.

Шундай қилиб мураккаб эритмаларни парентерал юборишга тайёрлашда препаратнинг ва эритувчининг ҳоссаларини ҳисобга олиш керак. Инфузион терапияни ўтказиш туриб, шифокор қуйидаги қоидаларни билиши керак:

- хамма аралашмаларни юборишдан олдин тайёрлаш керак;
- эритмада қанча кўп дорилар аралаштирилса, уларнинг ўзаро таъсири бўлиш эҳтимоллиги юқори бўлади;
- қонга, аминокислота эритмаларига, мойли эмульсияларга, сода эритмасига дорилар қўшмаслик керак.

ГЕРИАТРИЯДА ДОРИ ТАЙИНЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ ҚУЙИДАГИЛАР:

1. Гериатрик беморлар организмдаги ёшга алоқадор ўзгаришлар. Бир қатор патологик ўзгаришлар сабабли дориларнинг салбий сабаблари ёшларга нисбатан юқорирок бўлади.
2. Организмнинг дори моддалари ва уларнинг табиий метаболитларининг таъсирга чидамлилиги пасайиб, интоксикация ривожланиши ортади.
3. Полипрагмазия-яъни бир неча дори моддаларини бирданига қўллаш ноҳуш оқибатларга олиб келади. Йўқчи борича дорилар қабул қилиш оралиғига риоя қилиш керак.
4. Даволовчи доза урта ёшдагиларга нисбатан 2 марта кам миқдорда тайинланади. Ижобий ўзгаришларга эришилгач дозани яна қайтариш керак.
5. Антибактериал кимёвий препаратлар тайинлашда бу препаратларнинг кекса ёшдаги одамларда интоксикация қучли бўлганлигини ҳисобга олиб камрок дозаларда буюрилади.
6. Дори тайинлашда беморларнинг сув, туз рақиси суткалик сийдик ажралиши кексаларнинг кам суюқлик истеъмол қилишларини инобатга олиш керак. Яъни организмда суюқликнинг қайтарилиши дори интоксикациясини қайтиради.
7. Дори аллергияси қайи асорат бўлишини эсда қўйиш керак.
8. Ёши кекса одамларда усма қасалликларининг ривожланиш хавфи қўйилиши муносабати билан витаминлар биостимуляторларни қайи қараш лозим.

Дориларнинг қўйи таъсирини қайи қайириш, эрта қайишни олдини олиш мақсадида даволашда албатта витаминотерапия қўйишга тайинланади.

ГЕРИАТРИК МОДДАЛАР

Эрта каришнинг олдини олиш учун қўлланиладиган дори моддалари гериатрик моддалар деб аталиб, организмдаги моддалар алмашинувини нормаллайди, асаб тизими ва бошқа органлар ишини яхшилайдди, яъни ёшартирувчи таъсир кўрсатади.

Витаминлар. Ёш ўтган сари организмнинг витаминларга талаби ортади. Витаминлар моддалар алмашинувининг катализатори бўлиб, ферментлар таъсирини оширади. Атеросклерозни олдини олиш ва даволашда С, Р, Е, В₁, В₆, РР витаминлари ва фолат кислотаси қўлланилади.

Аскорбин кислотаси (С витамини) атеросклероз касаллигида липид алмашинувини яхшилайдди, конда холестерин миқдорини камайтиради.

РР витамини аскорбин кислотаси билан бирга қўлланилганда капиллярлар ўтказувчанлигини яхшилайдди, гиалуронидаза таъсирини тормозлайди, гистамин ҳосил бўлишини камайтиради. В₁, В₆ витаминлари, фолат кислотаси ҳам липотроп таъсир кўрсатади. Стенокардияда, тромбангитда, ишемик ҳолатларда никотин кислотаси кенг қўлланилади.

Д витаминини кекса ёшдаги одамларга тайинлаб бўлмайди, чунки атеросклероз ҳолатини тезлатади.

Декамевит, ундевит, метионин каби витаминлар комплекси геронтологик беморларга яхши наф беради. Гериатрик моддалардан микроэлементлар, новокаинотерапия, гормонлар, ва биоген стимуляторлар билан даволаш организмнинг қаршилик қобилятини оширади, физиологик функциялар ишини яхшилайдди.

Гериатрик беморларга физиотерапевтик муолажаларни тайинлашда юрак ва қон-томирлар системасидаги ёшга алоқадор ўзгаришларни эътиборга олиб, текширишлар ўтказиб, кейин тайинланади. Бундай беморларга дорилар электрофорез, ультратовуш билан даволаш, маҳаллий ультра юқори частотали даво, паст дозаларда Бернар токи, гальванизация яхши наф беради. Ультробинофш нурларига сезгирлик қариликда ошиб кетади. Сув муолажаларни тайинлашда албатта электрокардиография ўтказилгач руҳсат берилгани маъқул. Беморлар қислородли, азотли, йод бромли ванналарни яхши кўрадилар, сульфидли ва нарзан ванналари, сув ости массажи юрак хасталиқларида тайинланмайди. Санатория ва курортларни 65-70 ёшлардан кейин тавсия этиш ноўриндир.

ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

1. Кексаларда дори моддаларнинг ҳам фармакокинетикаси, ҳам фармакодинамикаси ўзгаради.
2. Дориларнинг дозаси 2/3–1/3 гача кам берилиши лозим.
3. Оғиз орқали қабул қилинадиган дориларнинг сурилиши ошқозон, ичакларнинг топуси, перистальтикаси, безлар атрофияси туфайли бузилади. Парэнтериал юборилган дорилар ҳам қон айланишининг секинлашиши қоннинг қуюқлиги туфайли абсорбцияси секинлашади.
4. Кексалар қонида дориларни туқималарга етказувчи альбумин концентрасиясининг пасайиши, дориларнинг туқималарга етиши секинлашиб, боғланмай қолган дори ҳисобига интоксикация ошади.
5. Шу билан бирга, кексаларга жигар массаси 10-15% га камайган, дистрофик ўзгаришлар бўлганлиги туфайли дорилар метаболизми сусаяди.
6. Буйракда қон айланишининг сусайиши, нефронлар сонини камайиши сийдик ажратиш функциясининг бузилгани сабабли дори воситаларнинг экскрецияси сусаяди.
7. Шу жараёнлар сабабли кекса кишиларда дори воситаларнинг фармакокинетикаси ва динамикасининг ҳисобга олган ҳолда бериш керак.
8. Аннотацияда албатта қариш курсатмаларини ўқиш зарур. Полипрагмазия йул қуймаслик лозим.
9. Юрак гликозидлари, седатив дорилар, гипотензив, нейролептик ва бир қатор бошқа дорилар дозаси икки баробар камайтириш керак.

10. Метаболик жараённи, интоксикацияни камайтириш максатида дорилар билан бир каторда витаминотерапия утказиш лозим.

Инъекция нотугри килинса, куйидаги асоратлар руй бериши мумкин:

1. Игна утмас, эски ва киска булса, купинча мушаклар орасида синиб колиши мумкин.
2. Нерв устунлари ва нерв толалари зарарлантириш окибатида оёк-кулнинг харакати ва сезув кобилияти бузилади (фалаж ёки шол булиб колади).
3. Купинча мойли аралашма инъекция килинганда артерия ва венага тушиб колиб, дори эмболиясига олиб келади.
4. Шприцлар, игналар яхши стериллинмаса, кулни тозалаш ва ампулаларни синдирганда асептика коидаларига риоя килинмаса йирингли, газли инфекция, кокшол ва зардоб гепатити касаликлари келиб чикади.
5. Катта игналар билан инъекция килинганда ёки инъекция килинган жой нотугри танланганда асептик абцесс хосил булади.

Адабиётлар:

1. Чеботарев Д.Ф. Гериатрия. Киев: Здоровье, 1988.
2. Клиническая кардиология в гериатрии. М.: Медицина, 1980.
3. Сердечная недостаточность у лиц пожилого и старческого возраста. Киев, 1973.
4. Л.Н. Воленкевич.Гастроэнтерология в гериатрии. Ленинград: Медицина, 1987.
5. Клиническая геронтология. Журнал.Особенности питания пожилых и старых людей. Руководство по геронтологии. Москва, 1976.
6. Василенко В.Х Пропедевтика внутренних болезней.. 1992 й
7. Касымов Э.Ю. Ички касалликлар пропедевтикаси Тошкент
8. Чебатарев Д.Ф. Бойко В.И.Пособие по гериатрии для среднего мед работника
9. А.Гадаев. «Умумий амалиёт врачлари учун маърузалар тўплами». 2010.
10. А.Гадаев, Х.Ахмедов. «Умумий амалиёт врачлари учун амалий кўникмалар тўплами» / 2010.
11. Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей в 3-х томах, М, Медицина,1999 г.
12. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. Том 3, книга 1 и 2. Москва. Медицинская литература. 2005 г.
13. Окорочков А.Н. Диагностика болезней суставов. Том 7, 8, 9 и 10. Москва. Медицинская литература. 2005 г.