

САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ДАВОЛАШ ФАКУЛЬТЕТИ

II-ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР КАФЕДРАСИ

**КАРДИОМЕГАЛИЯ КУЗАТИЛАДИГАН БЕМОРЛАРНИ
ОЛИБ БОРИШ**

Очиқ амалий машғулот 6-7 курс талаблари учун

Ассистент: Мухиддинов А.И.

2017-2018 ўқув йили

Очик амалий машгулот режаси

1. Мавзуга оид беморлар куриги, тахлили, клиник ва инструментал текшириш
2. Утган мавзуни такрорлаш, савол-жавоб, мия штурми буйича уйин утказиш
3. Мавзу буйича презентацияси
4. Мавзу буйича педагогик уйин утказиш
5. Мавзуни муҳокама килиш
6. Тест, холатий масала, рентген, ЭКГ тасмалари, тахлиллар.
7. Назорат тестларига кириш

Кардиомегалиянинг кийсий ташхиси. УАШ тадбири.

(Амалий машгулот – 6 соат)

1.1. МАЪРУЗАДА ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Талабалар сони: 8-10	Ўқув соати: 6 соат
Ўқув машгулотини шакли	Амалий машгулот
Машгулот режаси	1. Беморларни тахлили килиш ва уларда аниқланган маълумотларни урганилаётган мавзуга боғлаш, устивор йуналишлар белгилаш. 2. Кардиомегалия синдроми моҳияти ва унинг асосий сабаблари. 3. Кардиомегалияни УАВ шароитида аниқлаш ва таффовутлаш тактикаси. 4. Кардиомегалияда индивидуаль диагнозни шакллантириш. 5. Кардиомегалия синдромида даволаш тактикасини УАВ фаолияти доирасида ташиқил килиш услублари.
Ўқув машгулотининг мақсади. Кукрак кафасида огриклар бўйича яхлит тасаввурларини шакллантириш.	
Педагогик вазифалар:	Ўқув фаолиятининг натижалари:
• Кардиомегалия тишхисининг аҳамияти ва вазифалари ҳамда ўқув фанлари тизимидаги роли, ўрни билан таништириш;	• Кардиомегалия тугри ташхиси аҳамиятини тушунтириб берадилар;
• кардиология фанининг структуравий тузилиши ва тавсия этиладиган ўқув-услубий адабиётлар ҳақида маълумот бериш;	• ўқув фаолияти бўйича фаннинг тузилишини структуравий тузилишини тушунтириб берадилар;
• кардиология амалиёти соҳасидаги янгиликларни ёритиш;	• фандаги назарий ва амалий янгиликларни ёритиб берадилар;
• кардиология фанини ўргатиш жараёнидаги услубий, ташиқлий ишлар мазмунини ҳамда баҳолаш муддатлари ва шакллари ёритиш;	• фан бўйича услубий ва ташиқлий ишларнинг асосий томонлари ҳамда баҳолаш шакл-лари ва муддатларини ёритиб берадилар;
• кардиология фанининг бошқа фанлар билан боғлиқлик томонлари ҳақида маълумот бериш.	• фаннинг бошқа фанлар билан боғлиқлигини тушунтириб берадилар.
• Диагностик ва даволаш стандартлари схемасини тушунтириш;	• моделлаштириш жараёнининг оддий схемаси ёрдамида иқтисодий жараёнларни моделлаштириш йўллари кўрсатиб беради;
• Кардиомегалияда УАШ тактикаси тўғрисида тушунча бериш ва хизмат турларини ёритиш;	• модел тўғрисида тушунчаларнинг айтиб берадилар, моделларнинг турларини санаб ўтади ва уларни характерлаб берадилар;
• Кардиомегалияда даво босқичларини тушунтириш.	• моделлаштириш босқичларини тушунтирадилар ва аниқ корхона маълумотлари асосида модел туза оладилар.
Таълим методлари	Амалий машгулот интерактив метод «аклий ҳужум», намоиш этиш
Таълим воситалари	Амалий машгулот мавзусининг матни, слайдлар, формат

	қоғозлари, маркерлар
<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

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТИНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Фаолият босқичлари	Фаолиятнинг мазмуни	
	Ўқитувчининг	талабаларнинг
I. Ўқув машғулотига кириш (20 мин.)	1.1. Ўқув фанини мавзусини номини эълон қилади. Мавзу 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, оралиқ ва якуний назоратнинг баҳолаш мезонлари билан таништиради. дабиётлар рўйхатини тақдим этади ва изоҳлайди.	Тинглайдилар ва ёзиб оладилар.
	1.3. Мавзунинг номи, мақсади ва кутилажак ўқув натижаларини эълон қилади.	Мавзуни 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. Талабалар билан ҳамкорликда тушунчалар рўйхатини аниқлаштиради, қайтарилганларини олиб ташлайди, мавзудан ташқари маълумотларни олиб ташлайди ҳамда қайд этилмаган зарур тушунча ва атамаларни қўшади (ёзади).	Ўз фикрларини билдирадилар. Ҳар бир таянч ибора ва атамани муҳокама қиладилар, дафтарларига ёзиб оладилар
II. Ахборот босқичи (60 мин.)	2.1. Мавзу бўйича таркатма матнларини тарқатади: мавзу режаси ва асосий тушунчалар билан танишиб чиқишни таклиф қилади.	Тинглайдилар.
	2.2. Намойиш қилиш ва изоҳлаш ёрдамида асосий назарий маълумотларни беради. Кардиология фани вазифалари ва бошқа фанлар билан алоқасини слайдларда намоён этиб, тушунтиради.	Тинглайдилар.
	2.3. Фаннинг ўрганиши лозим бўлган муаммоларни санаб ўтади.	Дафталарига 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, уларни ёзиб олишни таклиф қилади.	Тинглайдилар. Шарҳ мобайнида схема, иловалар, слайдларни муҳокама қила- дилар, аниқлаш- тирадилар, са- воллар берадилар.
	Мавзунинг ҳар бир қисми бўйича хулосалар қилади. Талабаларнинг эътиборини асосий тушунчаларга ва аҳамиятли томонларига жалб қилади.	Тинглайдилар.
III. Якуний босқич (10 мин.)	3.1. Мавзу бўйича якуний хулосалар қиладилар. Фаолият натижаларини изоҳлайди. Мазкур мавзу бўйича эгалланган билимлар келажакда қарларда қўлланилиши мумкинлиги ҳақида маълумот беради.	Саволлар бера- дилар
	3.2. Ўзлаштириш даражасини синаш учун савол беради: Кардиомегалия диагностикасида аҳамиятли? Мавзу бўйича якун чиқаради, фан ҳақидаги маълумотларни блиц-сўров техникаси ёрдамида умумлаштиради	Саволга жавоб беришади.
	3.3. Мустақил иш учун вазифа беради.	Мустақил иш учун вазифани ёзиб олишади.

МАШҒУЛОТ РЕЖАСИ:

1. Беморларни тахлили қилиш ва уларда аниқланган маълумотларни ўрганилаётган мавзуга боғлаш, устивор йўналишлар белгилаш.

2. Кардиомегалия синдроми мохияти ва унинг асосий сабаблари.
3. Кардиомегалияни УАВ шароитида аниклаш ва тафовутлаш тактикаси.
4. Кардиомегалияда индивидуаль диагнозни шакллантириш.
5. Кардиомегалия синдромида даволаш тактикасини УАВ фаолияти доирасида ташкил қилиш услублари.

Машгулот учун материаллар:

1. Укув- услубий жадваллар - 5 та.
2. Табиатан турли кардиомегалия синдроми (миокардиодистрофия ва юрак пороклари) мутлок ташхисланган беморлардаги УАВ тактикасини баён қилиш ва тахлил этиш.
3. Кардиомегалия синдромида ЭКГ ва ЭхоКГ аломатларни ифодаловчи рангли слайдлар.
4. Кардиомегалияда юрак конфтурацияларини узгаришларини курсатувчи 4 турли рентгенограммалар.

Азиз талабаларр!

Юрак улчамларини кучли ифодаланиб катталашувига кардиомегалия деб аталади. Кардиомегалия куплаб сабаби аниқ ва ноаниқ юрак-кон томир касалликлари оқибати сифатида келиб чиқадиган синдром ҳисобланади. Айрим ҳолларда унинг сабабчилари булиб экстракардиаль хасталиклар, жумладан, сурункали упка носпецифик касалликлари, медиастинал синдромлар, жигар ва ут йуллари сурункали диффуз касалликлари, эндокрин безлари, ва кон касалликлари ҳамда сийдик ажратиш тизими хасталиклари ҳам булишлиликлари мумкин.

Аксарият ҳолларда у оғир касалликларни асоратланиб кечаётганлиги-дан далолат беради ва прогностик жихатдан врачни хушёрликка чакирувчи нохуш клиник вазият булиб ҳисобланади.

Асосан кардиомегалияни келтириб чиқарувчи куйидагилардирлар (жадвалда илова этилган):

1. Кардиомиопатиялар:
 - Тугрукдан кейинги кардиомиопатиялар.
 - Оилавий тугма дилатацион кардиомиопатиялар.
 - Гипертрофик кардиомиопатиялар.
 - Облигератив кардиомиопатиялар (эндомиокардиаль фиброз, Ляффлер эозинофилли фибропластик миокардити, фиброэластоз).
2. Юрак хажмия жараёнлари бузилиши билан кечувчи касалликлар:
 - Бирламчи (миксома, рабдомиома) яхши ва ёмон сифатли юрак усма касалликлари (саркома).
 - Иккиламчи ёмон сифатли юрак усма касалликлар (метастатик усмалар).
 - Айрим яллигланишларни кучли ифодаланиб кечиши билан утувчи юрак касалликлари (бактериал эндокардит, бластомикоз, актиномикоз-ларда келиб чиқадиган абсцесслар; туберкулома ва саркоидозда пайдо буладиган гранулемалар сифилис гуммалари).
 - Юрак ички тромблари.
 - Кисталар (эхиноккозда, цистерхозда).
3. Коринчалар, булмачалар гипертрофиялари ва моноген ҳамда миоген дилатациялари.
4. Функционал кардиомиопатиялар:
 - Гиперреактив шакллари (стероидли, адренергик, экстрогенли, климактерик ва х.к.).
 - Идиопатик шакллари (кардио-тонзилляр синдром. инфекционно -аллергик синдром, коронарно-билиарньш синдром ва б.к.).
5. Экссудатив перикардитлар.
6. Гидроперикард.
7. Юрак пороклари.
8. Миокардитлар.
9. Атеросклерозли ёки постинфарктли кардиосклерозлар, артериал гипертензиялар.
10. Иккиламчи миокардиодистрофиялар:
 - Тиреотоксикозда.

- Кандли диабетда.
- Дисовариаль бузилишларда.
- Алькоголизмда ва алкоголи интоксикацияда.
- Меъёрдан ошкча жисмоний зурикишларда.
- Бачадон миомасида.
- Куплаб ички касалликларда.

Келтирилган маълум булди-ки, кардиомегалия синдроми мукамал урганилиб нихоясига етказилмаган ва шу билан бир вақтда кардиология учун УАВ нуктаи назаридан нихоятда муҳим аҳамият касб этувчи долзарб масала ҳисобланади. Унинг асосида эндоген ва экзоген таъсиротлар туфайли ривожланган юрак анатомик бир бутунлиги тугма ва ортдирилган бузилишлари ҳамда миокард метаболизмнинг оғир патологик ҳасталаниш-лари ётади. Демак, УАВ дан синчковлик билан маълум кетма-кетликда мулжалли ташхисий изланишни ва даволаш тактикасини ташкил қилишни тақозо этади (бунга оид маълумотлар жадвалларда ифода этилган).

Кардиомегалияда ташхислаш тактикаси.

1. Миокард ҳасталаниши мавжудлигини тасдиқлаш:
 - Юрак етишмовчилигини субъектив аломатлари
 - Юрак етишмовчилигини объектив аломатлари
 - Юрак улчамларини катталашуви
 - Юрак ритмининг бузилишлари
 - ЭКГда диффуз тусли узгаришлар, политон шаклли ритм бузилишлари
2. Кардиомегалия табиатини аниқлаш ва урганиш.
3. Индивидуал ташхис қўйиш:
 - Медикаментозли ЭКГ синовлар
 - Телеэргометрик синовлар
 - Рентгенологик текширувлар
 - Ультратовушли текширувлар
 - ЭхоКГ
4. Юрак етишмовчилиги даражаси ва турларини аниқлаш ҳақида баҳолаш.

Кардиомегалияда юрак – томир тампонадаси аломатлари.

Эзилишлар	Аломатлари	
	Клиник	Кулланиладиган қўшимча текшириш усуллари
Юракда	Буйин веналари буртиши, жигар катталашуви, САБ камайиши, тахикардия, пароксизмал кук, цианоз.	Юракни зондлаш: Марказий, веноз босимни ортиши, диастолик босим барча юрак бушликларида бир хил юрак дақиқали ва зарбали ҳажмининг камайиши юқори веноз босим буйрак фаолиятининг бузилишлари.
Калкон веналарда	Ушандайдан унғ қоринча тургун етишмовчилиги жигар катталашуви, цирроз асцит, шишлар, озиши: экссудатив энтеропатия, нефротик синдром	

Кардиомегалия билан ифодаланувчи асосий касалликлар аломатлари

Кардиомиопатиялар	Юрак катталашуви, юрак етишмовчилиги, аритмиялар ва блокадалар. ЭхоКГ асосий аҳамият касб этади.
Экссудатив перекардит	Юрак соҳасида пульсациянинг йўқолиши, рентгеноскопияда юрак контурларининг ҳаракатсиз ифодаланиши, юрак тампонадаси йирик томирлар қисилиши белгилари.
Кардиосклероз	Кекса ёшда, ЮИК хавфли омилларини аниқланиши, ЮИК клиник аломатлари, ЭКГда Q ёки QS тишчаларини булиши.
Юрак пороклари	Клапанли ва «Билвосита» белгиларининг топилиши

Миокардитлар	Миокард фаоляти бузилишлари, инфекциян – яллигланиши жараёнлари аломатлари.
Юрак амилоидози	Бошка ичак аъзолар амилоидозини топилиши (тил, мушак, упка, ошкозон-ичак тизими), биопсия натижалари.
Алкоголли кардиомиопатия	γ – глатаматтранспептидазани конда ортиши, Дюпонтрен контрактураси, алкологлизм умумий аломатлари.
Миокардиодистрофиялар	Велоэргометрия, тредмияметрия калийли синов (ижобий), ЭКГ, Сцинтиграфия; 3 та боскичли кетма-кет турли белгилари билан курилиб утиши.

Кардиомегалияни ташхислаш йули УАВ шароитида куйидагича йуналишда олиб борилиши лозим:

1. Юрак хасталиклари бор ёки шубха килинган беморларда миокард хасталаниши мавжудлигини тасдиқлаб олиш ёки инкор килиб олиш, агарда миокард хасталаниши тасдиқланса унинг огирлик даражасини белгилаш.

2. Кардиомегалия табиатини аниклаш ва имконияти борица унинг алохида хусусиятларини урганиш ҳамда сабабларини ойдинлаштириб олиш.

3. Кардиомегалияга боғлаб индивидуал диагнозни шакллантириш ватузиш.

4. Монанд терапияни танлаш ва утказиш, беморни узок назорат килиб туриш дастурини тузиш.

Юрак мушаклари хасталаниши мавжудлигини исботлаш учун куйидаги вазифалар ечилиши лозим:

1. Юрак касалликлари учун хос умумий аломатларни аниклаш.

2. Миокард хасталаниши кулами ва чуқурлигини аниклаш асосида айнан миокард ёки перикард ёки эндокард касалликлари туфайли миокард касаллиги шубҳасиз эканли-гини исботлаш.

3. Унинг патогенетик хасталаниш турларини тафовутлаш.

4. Этиологик омилларини аниклаш.

5. Юрак етишмовчилиги ҳолатини баҳолаш.

Миокард хасталаниши аломатлари - субъектив ва объектив юрак етишмовчилиги аломатлари бўйича, юрак улчамлари катталашуви, кардиоаритмиялар ва ЭКГ диффуз узгаришларига асосланиб аникланади.

Кардиомегалия учун хос белгиларни шартли равишда икки гуруҳга мужжассамлаштириш мумкин:

1. Асосий ёки устивор симптомлари.

2. Диагноз учун иккинчи даражали. лекин тулдирувчи ахамият касб этувчи ташхисий мезонлари.

Биринчи гуруҳ аломатларига куйидагилар киритилади:

- Сабаб маълум ёки номаълум бўлган юрак коринчалари кучли гипертрофиясининг клиник, рентгенологик ва электрокардиографик симптомлари ва курилишлари.

- Юрак улчамларини уртача даражада ифодаланиб катталашуви.

- Анамнестик маълумотлар - хансраш (упка-капилляр босимни ортиши ҳисобига), юрак соҳаси огриклари (миокард гипертрофияси ҳисобига нисбий коронар етишмовчилиги келиб чиқиш туфайли), обмороклар (юрак ташламаси камайиши ҳисобига бош мияни консизланиши даражаси ортиб бориши натижасида), айниқса жисмоний зуриқиш туфайли уни зуриқиб бориши (юрак касалликлари ёки уларнинг ҳавфли омиллари бўлганда унинг ташхисий киммати янада ортади).

Кардиомегалия синдромига қушимча ташхисий мезон бўлиб хизмат қилувчи иккинчи гуруҳ аломатларга куйидагилар қирадилар ва улар мавжуд бўлганда кардиомегалияга нисбатан шубҳа туғилиши даркор:

- Икки зарбали юрак учи турткиси, чап коринча ҳудудида систоли шовкин, туш чап киргоги бўйлаб бўйинга тарқалмай эшитиладиган систолик шовкип (қон оқимида қаршилик пайдо бўлиши натижасида пайдо бўлади).

- Юрак шовкинлари тик вазиятда, жисмоний зуриктирилгандан кейин, Вельсальви синовидан, нитроглицерин қабул қилингандан сунг қучаядилар (чап коринча билан ва аортадаги босим

тафовутлари ортиб кетиши натижасида) ва чалканча вазиятда, кон босими ортганда, бетаблокаторлар қабул қилинганда сусаядилар.

- Узилиб-узилиб мисоли аниқланувчи пульс (брышистый пульс) — чап қоринчадан кон чиқиб туриши қийинлашуви туфайли катакроталарни қсскин тушиб кетиши натижасида вужудга келади.

- Юрак етишмовчилиги аломатларисиз аниқланувчи урта даражада чап қоринчанинг катталашуви.

- ЭКГ да чап қоринча ёки унғ қоринча гипертрофия аломатларидан ташқари, патологик Q тишчаси (асосан II, III, АУГ ларда) аниқланади ёки патологик Q ни булмачалараро ва қоринчалараро ҳудудларни курсатувчи отведенияларда (вильсон буйича) пайдо булиши, ҳамда турли кардиоаритмияларни аниқланиши.

Кардиомегалия ҳақида охириги ҳулоса ЭхоЭКГ да олинади: миокард гипертрофияси (асиметрик ёки симметрик тарзда); чап ёки унғ қоринчалар бушлиқларнинг ҳажмини ка-майиши, ташлаш фракцияларини камайиши қабилар.

Юқоридаги маълумотлар ва ташхисий мезонлар асосида кардиомегалия тафовутланади, уни келтириб чиқарувчи 46 та қасалликдан биттаси аниқланади ва унға монанд специфик тсқширувлар ҳамда даволаш муолажалари утқазилади ёки режалаштирилади.

Алоҳида қасалликларда кардиомегалия синдроми узига ҳос белгилар билан ифодаланади.

1. Дилятацион кардиомиопатияда - кардиомегалия билан биргаликда клапан нисбий етишмовчилиги билан боғлиқ систолик шовқинлар ва даставвал чап қоринча етишмовчилиги (тунги юрак астмаси, зуриқишда буладиган ҳаллослаб қолиш), сунгра тотал юрак етишмовчилиги аломатлари (буйин веналарини буртиб қолиши, жигар катталашуви, шишлар) аниқланадилар; митрал ва трикуспидал қяпан етишмовчилиги нисбий етишмовчилиги систолик шовқинлари, упқа артерияси ҳудудида II тон акценти, пресистолик галоп ритми - аниқланишлиқлар мумкин.

2. Кардиомегалия аксарият ҳолларда экссудатив перикардит аломати булиб пайдо булади. Бунда у билан бирга юрак соҳасида пульсацияланишни йуқолиб кетиши, рентгеноскопияда ҳаракатсиз қотиб турувчи юрак контурлари симптоми, юрак тампонадаси ёки йирик томирлар босилиши (эзилиши) аломатлари қушилиб аниқланадилар.

3. Кардиомегалия куплаб тугма ва ортдирилган юрак порокларида ҳам қузатилади. Бунда доимо систолик ёки диастолик ва бошқа шовқинлар юрак турли ҳудудлари гипертрофияси билан албатта қушилиб аниқланадилар.

4. Кардиомегалияга қушилиб кекса беморларда юрак ишемия қасаллиги ёки унинг ҳавфли омиллари топилса ёки уига ҳос ЭКГ белгилари мавжуд булса - атеросклеротик ёки постинфаркти кардиосклероз ҳақида ҳулоса қилиш керак.

5. Рестриктив кардиомиопатияда ҳам кардиомегалия булишлиги мумкин. Бунда юрак катталашуви унчалик қучли ифодаланмайди, купрок катта кон айланиш доираси димланиш белгилари устивор булиб намоён булади ва албатта купинча бирон бир қуйидаги қасалликлар беморда мавжуд булади: амилоидоз, гликогеноз, гемихроматоз, саркоидоз, Леффлар синдроми, эндокардиал фиброэластоз.

6. Миокардитларда энг асосий симптом сифатида кардиомегалия эътиборга олиниши лозим. Бундай кардиомегалия синдромига иккита қуйидаги гуруҳ аломатлар қушилиб қузатилади:

а) Миокарда ҳасталаниши ва унинг функциялари бузилишлари белгилари:

б) Бошқа қасалликларга шубҳа йуқотилган тақдирда, инфекцион-яллигланиш жараёнлари аломатларини топилиши (иситма, лейкоцитоз, СОЭ тезлашуви, С-реактив оксил, диспротеинемия, гиперферментемия, фибриногенни қупайиши; инфекция «қириш дарвозаси» мавжудлиги).

7. Кардиомегалия синдроми юракни алқоғол билан оғир ҳасталанишида ҳам қузатилади.

8. Миокардиодистрофияларда ҳам кардиомегалия синдроми қузатилишини айтиб утган эдик. Бу билан боғлиқ кардиомегалияни тафовутлаб олиш анча қийинчиликлар тугдиради.

Аввало, айтиш керак-ки, В.Х.Василенко ва б.қ.лар буйича (1989) малумки миокардио-дистрофия бирданига вужудга келиб қоладиган патологик ҳолат булмай, балки секин аста ривожланадиган аксарият ҳолларда иккиламчи тарзда келиб чиқадиган ва пировардида кардиомегалияга олиб келадиган алоҳида бир специфик юрак қасаллигининг туридир (анамнезда бу маълумотларга эътибор алоҳида қаратиши керак). Ҳусусан, унинг кечишида 3 та босқич тафовутланади.

I - чи боскичи: нейрофункционал боскичи: шикоятлар булиши мумкин, лекин асбоб-ускуналар билан текширувда узгаришлар топилмайди;

II - чи боскичи: модда алмашинуви ва аъзо бутунлиги бузилишлари кучайиши билан ифодаланади;

III - чи боскичи: юрак етишмовчиликлари билаи ифодаланади ва стражеского буйича юрак етишмовчилигининг дистрофик стадиясига тугри келади. Бу боскичда айрим муал-лифлар (АГ Дембо, 1989; Л.И.Левина, 1989) «Миокардиодистрофик кардиосклероз» терминини куллашни хам тавсия этадилар.

Умуман, миокардиодистрофияларни ташхислашда кардиомегалиядан ташкари куйидаги текширувлар натижалари алохида эътиборга олиниши керак:

- Сураб-суриштириш усули ва анамнез маълумотларини чуқур урганиш;

- ЭКГ текширувларга - унинг асосий аломатлари булиб Т тишчасининг яссиланиши ёки инверсияси, Т сегментини изоэлектрик чизикдан куйи ёки юкори томонга силжуви; Холтер ЭКГ мониторингида турли аритмияларни аниқаниши кабилар хисобланади.

- Энг асосий аҳамият касб этувчи усул булиб медикаментозли ЭКГ синовлар хисобланади. Хусусан миокардиодистрофия учун хлорли калий истеъмол килинганда кейин ЭКГ да ижобий динамика булиши хосдир (ижобий калийли синов): дисовариал миокардиодистро-фияларда ижобий пропранололли синов аникланади. Нитроглицеринни ЭКГ синов эса ИБС дан фаркли уларок миокардиодистрофияларда манфий натижа беради, яъни ЭКГ динамикаси кузатилмайди.

Миокардиодистрофияларни бошқа кардиомегалия билан ифодаланувчи касалликлардан тафовутлаб олиш учун албатта ЭхоКг ёки имконияти бор жойларда радиоизотопли сцинтиграфия хамда миокард биопсияси амалга оширилиши керак.

Юкоридагиларга асосланган холда кардиомегалия билан узвий холда асосий диагноз шакллантирилади.

Кардиомегалия синдромида УАВ даволаш тадбирларини ташкил килишда уни келтириб чиқарувчи сабабларга нисбатан «мулжалли» олиш керак ёки миокард функционал холат бузилишларининг аниқ клиник курилишларини эътиборга олиб бориши керак. Этиологик терапия айниқса миокардитларда (антибактериал ёки яллигланишга қарши терапия) тавсия этилади, немтик фаолликда утувчи турларида на ностероид препаратлар буюрилади; рецидивланувчи шаклларида - изохинолин препаратлари, левамизол ва огир утувчи турларида - иммунодепрессантлар ва глюкокортикоидлар буюрилади.

Миокардиодистрофияли кардиомегалияларда хам даволаш асосий касалликларга қаратилиши керак: тиреотоксикозда (тиреотоксик препарат-лар, бетаблокаторлар), гипотиреозда (тиреоидли гармонлар), алкоголизмда (алкоголни истеъмол килишни бартараф қилиш, витаминлар - В₆, В₁₂), анемия ёки жигар касалликларини хамда б.к.ларни даволаш.

Кардиомегалия билан юрак етишмовчилиги илк аломатлари (Н1) пайдо булиб кеча бошласа - даволашга қилинишдан олдин аввало юрак етишмовчилигини келтириб чиқариши мумкин булган омилларни излаш ва бартараф қилиш лозим (артериал гипертензияни, семизликни, интеркурент инфекцияларни, ритм бузилишлари ва б.к.) хамда оқилона тарзда жисмоний зуриқишларни ва ортикча шурнамак овқатларни истеъмол қилишни мувофиқлаштириш керак. Н II-III боскичларидагина юрак гликозидлари, диуретиклар, периферик вазодилаторлар, нитратлар, ангиотензин ингибиторлари (ИАПФ) хамда метаболизмни юракда яхшиловчи препаратлар буюрилади.

Дилятацион кардиомиопати + кардиомегалияда - компоинацияланган даволаш муолажаси утказилади:

- Жисмоний фаолликни бартараф қилиш ± гипонатрийлиги диета ± диуретиклар ± вазодилаторлар (каптоприл, ЭНАП, ЭНАМ-Н и ЭНАМ-Н, ЭДНИТ, молсидамин, ренитик, Тритаце, рамиприл, зналаприл, тензиомин ва б.к.лар айниқса яхши ёрдам беради).

- Кальций антагонистлари айниқса нифедипин гурухи препаратларини куллаш ман этилади (қуккис юрак улимини қупайтирадилар).

- Протромбин индекси назорати остида узок мулдатли антикоагулянтли терапия буюрилади (бевосита турлари ва факат ичишга буюрилади).

- Юрак гликозидлари яхши самара бермайдилар ва улар кулланилган тақдирда купинча токсик таъсир қурсатиб аритмияларни келтириб чиқарадилар.

Гипертрофик кардиомиопатия + кардиомегалияда даволаш хусусиятлари узига хос булиб

алохида даволаш муолажалари буюрилишини такозо этади:

- Юрак гликозидлари ва вазодилаторлар берилиши мутлако ман этилади (улар чап коринча ва аортадаги кон босими градиентини оширадилар).

- Асосан узок муддатга пропранолол (обзидан) буюрилади: 10 мг дан кунига уч махал бсриб бошланади ва секин-аста яхши қабул килинган такдирда то 200 мг/сут ва ундан ор-тикрок микдоргача ортдириб борилади.

- Кордарон, изоптин, дильтиазем, исрадипин, перадипин, норваск (амлопиин гидролофия), кардиаль каби кальций антагонистлари бурилишлари мумкин. Улар ҳам деярли алреноблокаторлар каби самара келтирадилар.

- Титрок аритмияси ва юрак етишмовчилиги авж олса, бошка имкониятлар булмаган такдирда кичик микдорда дигоксин кулланилишлиги ҳам мумкин.

- Титрок аритмияси нихоятда кучайса-электрик дефибриляция кулланилиши керак.

- Конни юрак чикиш йулларида обструкция кучайса - коринчалараро тусик гипертрофияси худудларини эксцизияси - жаррохия усули кулланилади.

Рестриктив кардиомиопатия ± кардиомегалияда даволаш тактикаси:

- Асосий касалликни даволаш.

- Сийдик хайдовчи дори-дармонларни куллаш.

Кардиомегалия ± титрок аритмияларни авжланишида - антикоагулянтлар тавсия эти-лади.

Умуман, кардиомегалия синдроми УАВ учун ташхисий изланиш заруриятини устивор килиб юклайди ва катиян индивидуал диагнозни шакллантиришни ҳамда у асосида «мулжалли» даволаш тадбирлари утказишни такозо этади.

АДАБИЁТЛАР.

1. В.П.Померанцев ва б.к. - Руководство по диагностике и лечению внутренних болезней. Тула, 2010. Б. 88-13.
2. Р.А.Абдуллаев. избранный главы! клиники внутренних болезней. Ташкент. 2011. Б-430-431.
3. Л.А.Бушченко ва б.к. Дистрофия миокарда у спортсменов. - М, 2009.
4. В.Х.Василенко ва б.к. Миокардистрофия. М. 2009.
5. В.Н.Дзяк ва б.к. Алкогольная кардиомиопатия - Киев, 2011.
6. А.Г.Дембо. Спортивная кардиомегалия. Л, 2009.
7. Кардиомиопатия. Доклад Комитета Экспертов ВОЗ 2-чи нашри. М, 2010.
8. А.А.Кедров. Дистрофии миокарда, Л. 2011 - Б. 10-20.
9. М.С.Кушаковский. Кардиомиопатии и миокардиодистрофии. Л, 2011.
10. Л.И.Левина. Сердце при эндокринных заболеваниях - Л, 2009.
11. В.И.Маколкин и др. Нейроциркуляторная Дистония в терапевтической практике - М, 2014.
12. Г.С.Мармолевская. Неревматическая тонзиллоченныш заболевания сердца. М. 2012.
13. Л.С.Славина. Сердце при эндокринных заболеваниях - М. 2009.
14. А.В.Сумароков ва б.к. Болезни миокарда- М, 2011.
15. А.Б.Зборовский. Внутренние болезни 1 часть, Б 11.
16. Н.С.Мамасолиев ва б.к. Ички касалликларни аниклаш ва даволаш. 1-П китоблар. Андижон, 2010.
17. Н.С.Мамасолиев ва б.к. Клинические задачи по внутренним болезням. Андижон, 2010.

18. И.С.Окороков. Лечение внутренних болезней. М, 2008 - III-IV томи.
19. Р.Хегглин. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. Перев. санчл. М. 2009.
20. Дж.Марта. Справочник врача общей практики. Москва. 2009. Б. 17-48.
21. М.Вудли и др. Терапевтический справочник Вашингтонского университета. М, 2010-Б. 99-118, 156-169.
22. П.П.Огурцов. Вирусно-иммунологическая характеристика кардиомиопатий и миокардитов. Автореферат. Дисс. канд.мед.наук. М. 2009.
23. М.Амиди. Cardiovasc.Reprep. 2014-Vol5, №8- Р. 833-840.
24. Bennett Mmet - al.s.Ayr.Med.Z - 2013- Vol 63. №15-Р. 564-565.
25. Fagard.R.H.Elae-SportsCardiology-Hague, 2016.
26. «Клинические рекомендации для практикующих врачей». Д.М.Издательский дом ГЭОТАР МЕД. 2012 г. Перев с английского. Под редакцией Ю.Л.Шевченко и др.
27. О.С.Саломидинов., Н.С.Мамасолиев., М.М.Мирсайдуллаев. «Профилактика кардиология». Тошкент, 2013 йил.

Задача № 1. У больного 28 лет последние 3 года периодически отмечались эпизоды головокружения, сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящих болей за грудиной при физической нагрузке, проходящие в покое. Объективно: ЧСС-80 в минуту, АД- 120/80 мм рт.ст. При аускультации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина.

Остальные органы без особенностей.

ЭКГ: ритм синусовый-80 в минуту; одиночная предсердная экстрасистолия, признаки гипертонии ЛЖ характера перенапряжения.

1. Сформулируйте клинический диагноз
2. Какие дополнительные исследования нужно провести для уточнения диагноза?
3. Тактика медикаментозного лечения пациента

Какие препараты противопоказаны при данном заболевании?

Задача №2. Больной Д., во время работы почувствовал резкую боль в левой половине грудной клетки. Боль напоминает «охват калеными щипцами» в области передней поверхности левой половины грудной клетки с иррадиацией в левое плечо и лопатку. Быстро явившийся врач заметил заострившие черты лица, бледность, легкий цианоз губ, частое дыхание. Тоны сердца удалось уловить с трудом. ЧСС 99 уд. в минуту, АД 70/40 мм рт.ст. Прием нитроглицерина состояние больного не улучшило.

1. Ваш предварительный диагноз
2. Необходимое обследование
3. Тактика ВОП (неотложная помощь)

Задача №3. Больная Д. 54 лет. Поступила с жалобами на выраженную одышку, головные боли, головокружение.

Объективно: АД 180/100, границы сердца расширены влево.

Аускультативно: со стороны легких рассеянные сухие свистящие хрипы, в нижних отделах выслушиваются звучные мелкопузырчатые влажные хрипы.

1. Предварительный диагноз
2. План дополнительного обследования
3. Тактика лечения

Задача № 4. Мужчину 59 лет в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Регулярно принимал атенолол, оликард и кардиоаспирин. За последние 3 недели, несмотря на регулярный прием препаратов, отметил изменение характера загрудинных болей: приступы участились до 10-12 в день, стали более продолжительными, появились в покое в ночное время. ЭКГ не показала существенной динамики.

1. Предварительный диагноз
2. План дополнительного обследования
3. Тактика лечения

Задача №5. Больной Ш 45 лет поступил с сильными болями в грудной клетке, чувством нехватки воздуха. Объективно: диффузный цианоз. Пульс 120 уд. в мин., аритмичен. АД 80/40мм рт ст, тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией. В легких справа в нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. На ЭКГ R_{III} S_I, высокий R в II, III, aVF.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. План дополнительного обследования
3. Лечение

Задача №6. Больной Б. 42 лет поступил с жалобами на одышку при малейшей физической нагрузке, отеки. Болен в течение одного года. Раньше заболеваний сердца не было.

Объективно: Отеки по всему телу, пульс 132 уд. В мин. АД 100/70 мм.рт.ст. Границы сердца расширены во все стороны, над легкими выслушиваются влажные хрипы, печень увеличена на 4 см.

1. Предварительный диагноз
2. План дополнительного обследования
3. Тактика лечения

Задача №7. Больной 30 лет жалуется на одышку, сердцебиение при физической нагрузке, боли в крупных суставах летучего характера, повышение температуры тела.

Сог-усиление первого тона, ранний диастолический щелчок открытия митрального клапана, грубый диастолический шум. Отмечается дефицит пульса =25 ударов. На ЭКГ признаки мерцательной аритмии. В общем анализе крови отмечается СОЭ-38 мм/ч.

1. Ваш диагноз
2. Дополнительное обследование
3. Тактика ВОП (лечение)

Задача № 8. 50- летний больной, у которого после длительного приступа загрудинных болей отмечены субфебрильная температура, подъем сегмента ST в сочетании с появлением комплексов Q в III, aVf- отведениях ЭКГ и лейкоцитозом в периферической крови.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика ВОП (лечение).

Задача №9. Больному 30 лет, в течение 12 лет состоит на учете по поводу ревматизма.

Больной находится в стационаре в тяжёлом состоянии. Выраженные отеки. Границы сердца расширены в поперечнике, определен сочетанный митральный порок. Пульс 94 уд, АД 120/70 мм.рт.ст. Печень увеличена на 4 см, уплотнена, безболезненна. Ан.крови: Нв-120 г/л, лейко-8.000, СОЭ- 25 мм/ч, Ан.мочи: мутная, белок -0,099 г/л, лейко- 10-12 в п/з, эритроциты -1-1-5 в поле зрения. ЭКГ-гипертрофия ЛЖ, блокада левой ножки пучка Гиса.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Дообследование.
3. Тактика ВОП (лечение)

Задача №10. Больной В. 40 лет. Обратился с жалобами на ноющие боли в области сердца, сердцебиение, одышку при физической нагрузке и в покое, скудный диурез. Из анамнеза, болен в течение года. Злоупотреблял алкоголем. Ухудшение состояния отмечает после приема спирта. Объективно: отмечается тремор конечностей. В легких с обеих сторон незвучные мелкопузырчатые, влажные хрипы. Границы сердца увеличены перкуторно. Аускультативно – тоны глухие, систолический шум на верхушке. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс 100 уд в 1 мин аритмичный. Печень + 3 см. отеки нижних конечностей.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика ВОП (лечение).

Задача №11. Мужчина 30 лет обратился с жалобами на периодические давящие боли за грудиной, возникающие при нагрузке, приступы головокружения, приступообразную ночную одышку, сердцебиение. Болен в течение 3 месяцев, ни с чем не связывает.

Объективно: Больной бледен. В легких везикулярное дыхание. Сердца перкуторно увеличено влево и достигает границ левой среднеключичной линии. Аускультативно: тоны приглушены на верхушке, II тон на аорте сохранен, громкий систолический шум в III –IV межреберье у левого края грудины. АД 120/80 мм.рт.ст. Пульс 80 уд в 1 мин ритмичный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

1. Диагноз.
2. План обследования.
3. Ваша тактика (лечение).

Задача №12. В инфарктном отделении больной М. 42 лет отмечает через 4 недели после перенесенного острого инфаркта миокарда боли периодические за грудиной, возникающие при физической нагрузке и купирующиеся приемом нитроглицерина. На ЭКГ: глубокой зубец QS в III, aVf, ST на изолинии, T III,aVf- глубокий

1. Ваш предварительный диагноз
2. Дообследование.

2. Тактика ВОП (лечение)

Задача №13. В поликлинику обратился больной С. 77 лет с жалобами на периодическую потерю сознания с нарушением дыхания и судорогами, которые внезапно возникают и внезапно исчезают. Появление приступов ни с чем не связывает. Со стороны сердца перкуторно границы смещены незначительно влево. Аускультативно тоны приглушены. Отмечается выраженная брадикардия: 40 уд в 1 мин. АД 120/70 мм.рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

1. О каком синдроме можно думать?
2. Какие исследования необходимо сделать для подтверждения диагноза?
3. Ваше лечение.

Задача № 14. У 42 – летней больной, предъявляющей жалобы на сердцебиение, повышенную утомляемость, выслушивается усиленный первый тон, дополнительный первый тон в диастоле, диастолический шум с эпицентром в V межреберье по передней подмышечной линии.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Дополнительная тактика (дообследование)
3. Лечение.

Задача №15. 32-летний больной, предъявляющий жалобы на редкие головокружения, давящие боли в области сердца, возникающие при физической нагрузке. Объективно аускультативно со стороны сердца у больного выслушиваются хорошо оба тона сердца, систолический шум по левому краю грудины. Гипертрофия задней стенки и межжелудочковой перегородки при эхокардиографическом исследовании.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Дополнительная тактика (дообследование).
3. Лечение.

Задача №16. Больной Б. 45 лет поступил с жалобами на одышку при малейшей физической нагрузке, отеки. Болен в течение одного года. Раньше заболеваний сердца не было.

Объективно: Отеки по всему телу, пульс 132 уд. В мин. АД 100/70 мм.рт.ст. Границы сердца расширены во все стороны, над легкими выслушиваются влажные хрипы, печень увеличена на 4 см.

1. Предварительный диагноз
2. План дополнительного обследования

3. Тактика лечения

Задача № 17. У больного 30 лет последние 4 года периодически отмечались эпизоды головокружения, сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящих болей за грудиной при физической нагрузке, проходящие в покое.

Объективно: ЧСС-80 в минуту, АД- 120/80 мм рт.ст. При аускультации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина.

Остальные органы без особенностей.

ЭКГ: ритм синусовый-80 в минуту; одиночная предсердная экстрасистолия, признаки гипертонии ЛЖ характера перенапряжения.

4. Сформулируйте клинический диагноз
5. Какие дополнительные исследования нужно провести для уточнения диагноза?
6. Тактика медикаментозного лечения пациента

Какие препараты противопоказаны при данном заболевании?

Задача №18. Больной А., во время работы почувствовал резкую боль в левой половине грудной клетки. Боль напоминает “охват калеными щипцами” в области передней поверхности левой половины грудной клетки с иррадиацией в левое плечо и лопатку. Быстро явившийся врач заметил заострившие черты лица, бледность, легкий цианоз губ, частое дыхание. Тоны сердца удалось уловить с трудом. ЧСС 98 уд. в минуту, АД 80/50 мм рт.ст. Прием нитроглицерина состояние больного не улучшило.

1. Ваш предварительный диагноз
2. Необходимое обследование
3. Тактика ВОП (неотложная помощь)

Задача №19. Больная Д. 58 лет. Поступила с жалобами на выраженную одышку, головные боли, головокружение.

Объективно: АД 190/110, границы сердца расширены влево.

Аускультативно: со стороны легких рассеянные сухие свистящие хрипы, в нижних отделах выслушиваются звучные мелкопузырчатые влажные хрипы.

1. Предварительный диагноз
2. План дополнительного обследования
3. Тактика лечения

Задача № 20. Мужчину 65 лет в течение 4 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Регулярно принимал атенолол, оликард и кардиоаспирин. За последние 3 недели, несмотря на регулярный прием препаратов, отметил изменение характера загрудинных болей: приступы участились до 10-12 в день, стали более продолжительными, появились в покое в ночное время. ЭКГ не показала существенной динамики.

1. Предварительный диагноз
2. План дополнительного обследования
3. Тактика лечения