

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
2-SON OILAVIY TIBBIYOTDA ICHKI KASALLIKLAR KAFEDRASI



«TASDIQLAYMAN»

ITTA o'quv ishlari bo'yicha prorektori
Professor Boymuradov Sh.A.

2024 yil

AMBULATOR-POLIKLINIK TERAPIYA

FANI BO'YICHA O'QUV-USLUBIY MAJMUASI

Ta'lim sohasi: 110000 - Pedagogika
510000 - Sog'liqni saqlash

Ta'lim yo'nalishlari: 5111000 - Kasbiy ta'lim (5510100-Davolash ishi)
5510100 - Davolash ishi

Tashkent-2024

Fanning o'quv-uslibiy majmuasi O'zbekiston Respublikasi oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi "25.04.2019 yil" dagi 107-sonli buyrug'i bilan (buyruqning 2-ilovasi) tasdiqlangan "Terapiya" fan dasturi va ambulator poliklinik terapiya ishchi dasturi asosida tayyorlangan.

Tuzuvchilar:

X.S.Axmedov	Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası mudiri, prof
N.M.Abduraxmanova	Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası dotsenti
M.E. Raximova	Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası dotsenti
R.I.Turakulov	Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası dotsenti
S.I. Sadikova	Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası dotsenti
S.N. Buranova	Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası katta o'qituvchisi
F.I. Xalmetova	Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası katta o'qituvchisi
N.A. Gadayeva	Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası assistenti
M.B. Raximova	Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası assistenti
I.A. Turayev	Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası assistenti
S.S. Raximov	Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası assistenti
S.I. Zaripov	Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası assistenti
A.N. Botirbekov	Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası assistenti
O.M. Norbo'tayev	Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

A.A. Xamraev – –TTA 2-son ichki kasalliklar kafedrası mudiri, t.f.d.

KIRISH

“Ambulator-poliklinik terapiya” fani talabalarni zamonaviy texnologiyalar va adabiyotlardan foydalangan holda amaliy va mustaqil ilmga, ko‘nikmalarga bo‘lgan zaruriy talablarni, bilimni baholashning nazorat usullarini aniq ko‘rsatib beradi hamda umumiy amaliyot shifokorlarida klinik fikrlash, kasallik va uning belgilarini asoslash bo‘yicha bilim va ko‘nikmalarini shakllantirish, shu jumladan: talabalarga sindromal yondashgan holda kasalliklarni o‘z vaqtida va erta tashhislashni o‘rgatish, talabalarga ma‘lum sindrom bilan kechuvchi kasalliklarni qiyosiy tashhislashni o‘rgatish, muhim bilim va amaliy ko‘nikmalarni yanada mukammallashtirish (ma‘lumot yig‘ish, bemor muammosini aniqlash va ob‘ektiv ko‘rik, shuningdek laborator-asbobiy tekshiruv usullarini asosli tavsiya etish, maslahat berish ko‘nikmalari, talabalarga bemorlarni olib borish taktikasini asosli tanlashni o‘rgatish, talabalarga maqsadli davolash-profilaktika chora-tadbirlarini amalga oshirishni o‘rgatish, talabalarga qishloq vrachlik punkti, qishloq oilaviy poliklinika (QVP/QOP) va oilaviy poliklinika (OP) sharoitida dispanser kuzatuv va monitoring prinsiplarini o‘rgatish vazifalarini bajaradi.

Ushbu majmua 6-kurs “Ambulator-poliklinik terapiya” fani uchun tuzilgan bo‘lib, u 2-son oilaviy tibbiyotda ichki kasalliklar kafedrasida professor–o‘qituvchilar va davolash, tibbiy-pedagogika fakultetining 6-kurs talabalariga mo‘ljallangan.

1 O'quv materiallar.

DAVOLSH VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETLARI 6 KURS "AMBULATOR POLIKLINIK TERAPIYA" FANI BO'YICHA MA'RUZALAR REJASI

№	Ma'ruza mavzulari	Soat hajmi
1	Oilaviy tibbiyot asoslari. Oilaviy tibbiyot tarixi. O'zbekistonda rivojlanish. USh ishlash tamoyillari. O'zaro muloqot asoslari	2
2	Ko'krak qafasidagi og'riq sindromi Ko'krak qafasidagi koronarogen og'riqlar differentsial tashxisi. YuIK, MI kechish xususiyatlari. Davolash. Profilaktika. USh taktikasi.	2
3	Arterial gipertenziya va bosh og'rig'i sindromi Arterial gipertenziyalarda differentsial tashxis. Profilaktika. USh taktikasi	2
4	Bronxoobstruktiv sindrom Bronxoobstruktiv sindromda differentsial tashxis. Profilaktika. USh taktikasi. Balg'amli yutal va qon tuflash sindromi. Balg'amli yo'tal va qon tuflash sindromini qiesiy tashxislash. Profilaktika. USh taktikasi	2
5	Shish sindromi Shish sindromida differentsial tashxis. Surunkali yurak yetishmovchiligini zamonaviy davolash usullari. Profilaktika. USh taktikasi.	2
6	Bo'g'im sindromi Bo'g'im sindromida differentsial tashxis. Davolashga individual yondoshish. Profilaktika. USh taktikasi.	2
7	Gepatomegaliya va sariqlik sindromi Gepatomegaliya va sariqlik sindromida differentsial tashxis. Profilaktika. USh taktikasi.	2
8	Patologik siydik cho'kmasida differentsial tashxis.	2

	Proteinuriya, leykotsituriya, gematuriya, tsilinduriya va boshqalar bilan kechadigan kasalliklarning differentsial tashxisoti. Profilaktika. UASh taktikasi	
9	Gerontologiya i umumiy geriatriya. Qariyalar muammolari. Kariyalarda ichki kasalliklar kechish muammolari va xususiyatlari. Ushbu kategoriya bemorlari bilan ishlash tamoyillari. UASh taktikasi	2
10	Aritmiya sindromi. Aritmiyalar differentsial diagnostika. Davolash. Profilaktika. UASh taktikasi	2
11	Kardiomegaliya va yurakdagi shovqin sindromi Kardiomegaliya va yurakdagi shovqinlar differentsial diagnostikasi. Profilaktika. UASh taktikasi	2
12	Isitmalash sindromi. Noaniq etiologiyali isitma. Profilaktika. UASh taktikasi	2
	Jami	24

1-MA'RUZA MAVZUSI

«OILAVIY TIBBIYOT ASOSLARI. UASH ISHLASH TAMOILLARI. O'ZARO MULOQAT ASOSLARI»

Ma'ruza rejasi

Talabalar soni -	Vaqtı – 2 soat
O'quv mashg'uloti shakli	Ma'ruza – vizualizatsiya
Ma'ruza rejasi	Oilaviy tibbiyot asoslari Oila bilan ishlash Bemor bilan ishlashda muloqat san'atini rivojlantirish UASH oilaning turli qatlamlari bilan ishlash UASH amaliyotida qiyosiy tashxislash
O'quv mashg'uloti maqsadi: talabalarni oilaviy tibbiyot asoslari bilan tanishtirish. Muloqat san'atini rivojlantirish. UASH ishlash tamoillarini o'rgatish.	
Pedagogik vazifalar: 1. Talabalarda oila bilan ishlash tamoillarini, bilimlarini mustaxkamlash va chuqurlashtirish 2. Talabalarni kasalliklarni zamonaviy tasnifga binoan to'g'ri tashxis qo'yishga o'rgatish 3. Oilaviy tibbiyot asoslarini qiyoslama tashxislashni bilishga o'rgatish 4. Talabalarni UASH tamoillari bilan tanishtirish	O'quv jarayoni natijalari: UAV bilishi shart: Oilaviy tibbiyot asoslari xos xususiyatlar Oilada uchraydigan asosiy kasalliklar Kasalliklarni o'ziga xos kechishi UASH taktikasida kechadigan kasalliklarni tashxislash UASH amaliyotida qiyosiy tashxislash, davolash, profilaktika, dispanserizatsiyasitamoyillari

5. Talabalarni UASH amaliyotida oila bilan ishlash uchraydigan muammolarga o'rgatish.	
O'rgatish uslubi	Ma'ruzalar matni, videofilmlar, so'rovnomalar, savollar, "xa-yo'q" texnikasi
O'rgatish shakli	Lazer proektor, vizual anjomlar, maxsus texnik qurollar, tematik bemorlar ko'rsatish, bemorlar rentgen suratlari
O'rgatish vositalari	Jamoa
O'quv jarayoni o'tkazish sharoitlari	Auditor zali

Tayanch so'zlar va iboralar: oila, UASH, muloqat san'ati, turli qatlamlar

MA'RUZA MATNI

Respublikamiz mustaqil deb e'lon qilingandan so'ng sog'liqni saqlash vazirligi tashabbusi va Vazirlar Mahkamasining qo'llab quvvatlashi bilan 1993 yildan mamlakatimiz viloyatlarida birlamchi tibbiy-sanitariya yordami ko'rsatuvchi qishloq vrachlik punktlari (QVP) faoliyat ko'rsata boshladi. Respublikamiz Prezidenti I. A. Karimovning 1998 yil 10 noyabrdagi «O'zbekiston Sog'liqni Saqlash tizimini isloh qilish Davlat dasturi» to'g'risidagi farmoni ushbu tizimni joriy etishni yanada jadallashtirish va mukammallashtirish uchun muhim qadam bo'ldi. Islohotlar natijasida qishloq joylarida malakali bepul tibbiy xizmatni ikki pog'onada ko'rsatishga o'tildi. Uning birinchisi QVPlarda, ikkinchisi esa ko'p tarmoqli tuman shifoxonalarida amalga oshirilmoqda. SHaharlarda esa oilaviy poliklinikalar tashkil etilmoqda. Ko'zlangan tibbiy va iqtisodiy samaraga erishishimiz uchun yuqoridagi birlamchi tibbiy xizmat ko'rsatuvchi muassasalarda ko'p qirrali meditsina yordami ko'rsata oladigan yuqori malakali vrachlar ishlashi lozim. Jahondagi etakchi mamlakatlarning tajribasi faqat umumiy amaliyot vrachigina (UAV) ushbu talablarga to'liq javob berishini tasdiqlamoqda. Haqiqatdan ham tibbiyot tarixiga bir nazar solsak, uning ilk davrlarida tabiblarning deyarli barchasi bemorlarga ko'p qirrali yordam ko'rsatganlar. Buning tasdig'i sifatida meditsinaning otasi hisoblangan Gippokrat (1-rasm), tabobatda

o'chmas iz qoldirgan mashhur bobokalonimiz Abu Ali ibn Sino (2-rasm) yoki sharqning taniqli tabibi Abu Bakr ar Roziy hamda rus vrachi Mudrov M.YA. va boshqalarning faoliyatlarini ko'rsatish mumkin. Lekin, XIX asrdan boshlab meditsina turli tor mutaxassisliklarga bo'linib ketdi va bu jarayon hamon davom etmoqda. Tibbiyotning turli tor mutaxassisliklarga bo'linishi u yoki bu yo'nalish bo'yicha albatta bemorga yuqori malakali meditsina yordami ko'rsatish uchun sharoit yaratdi. Natijada ayrim hollarda, ayniqsa sobiq sotsialistik mamlakatlarda tannarxi baland bo'lgan shifoxonalardagi o'rinlar sonining ko'payib ketishiga, ya'ni ekstensiv rivojlanishga olib keldi. Bularning barchasi esa pirovard natijada xalq ongida tor mutaxassislar haqida ular nafakat malakali shifokor, balki tibbiyotda hal qiluvchi kuch degan noto'g'ri tushuncha tug'ilishiga olib keldi. Oqibatda XX asrning o'rtalariga kelib, UAV soni keskin kamayib ketdi va bu ahvoldan chiqish uchun turli yo'llar izlana boshlandi. Ayniqsa, Buyuk

Britaniyalik taniqli vrach Artur Tompsonning mashhur «Вышла ли из моды обща́я практика» nomli ma'ruzasi e'lon qilinganidan so'ng muammoning echimini topish hayot taqozosi ekanligi kun tartibiga qo'yildi. Tor mutaxassislar, qirollik kolledji va meditsina jamiyati a'zolarining qattiq qarshilik ko'rsatishi natijasida Angliyada UAV kolledji (jamiyati) 1952 yilda yashirin ravishda tashkil etildi. Ammo tez orada Angliya, SHotlandiya, Uels va SHimoliy Irlandiyadagi UAVlari uyushmasi o'zida 18000 mutaxassisni birlashtirdi. SHundan so'ng AQSH va Evropaning aksariyat mamlakatlarida UAV uyushmalari tuzildi hamda ular birlamchi malakali tibbiy xizmat ko'rsatishda hal qiluvchi rol o'ynay boshladilar. Umumjahon UAVlari birlashmasiga asos solindi hamda u faoliyat ko'rsata boshladi. 1961 yilda AQSHda birinchi «Umumiy amaliyot vrachi» jurnali chop etildi. 1963 yil umumiy amaliyot vrachlari uchun burilish yili bo'lib, shu sohadagi mutaxassis ilk bor Edinburg universitetida kafedra boshlig'i lavozimiga tayinlandi. 1972 yilda esa umumiy amaliyot vrachiga professor unvoni berildi. SHundan so'ng birin-ketin Evropaning boshqa mamlakatlarida ham UAV kafedralari tashkil etila boshlandi. Hozirga kelib faqat birlashgan Buyuk Britaniya va shimoliy Irlandiya qirolligida 35 nafar UAV lari universitet kafedralarini boshqarmoqdalar. Mavjud holatdan kelib chiqib, 1978 yilda Olma-Ota shahrida o'tkazilgan va birlamchi tibbiy-sanitariya xizmatiga bag'ishlangan xalqaro anjumanda maxsus deklaratsiya qabul qilinib, unda birlamchi tibbiy xizmat sog'liqni saqlashning etakchi va hal qiluvchi darajasiga ko'tarildi. Keyinroq 1984 yilda bu yana bir bor JSST Evropa hududiy byurosi tomonidan tasdiqlandi.

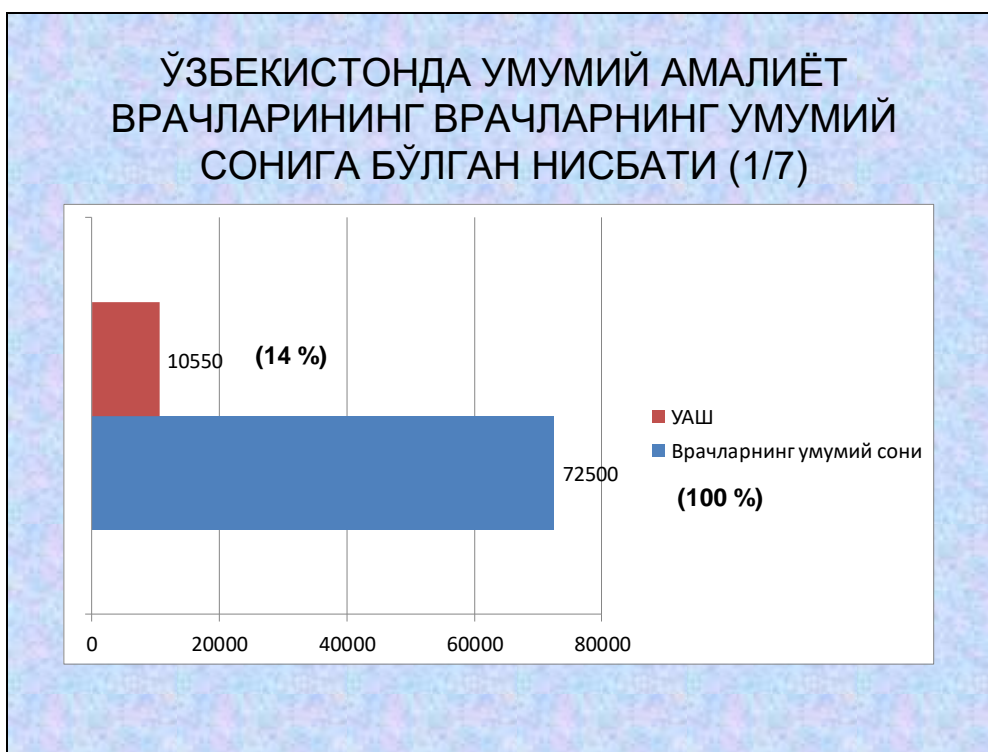
Xo'sh, juda katta qarshilikka uchragan UAV faoliyatining asrimizning 50-60 yillaridan boshlab qayta tiklana boshlanishi va bugungi kunga kelib rivojlangan davlatlar tibbiyotida asosiy o'rin tutishining sabablari nimada? Biz quyida ularga qisqacha to'xtalib o'tamiz.

Avvalambor, bemorda ko‘p hollarda bir vaqtning o‘zida bir necha inson a‘zolarining kasalliklariga xos bo‘lgan belgilar paydo bo‘ladi va shifokor ularning har birini tibbiy nuqtai-nazardan to‘g‘ri baholay olmog‘i lozim. Bundan tashqari, biz inson ruhiy holati bilan tanasi hamda ichki a‘zolari orasida uzviy bog‘liqlik borligini bir daqiqa ham unutmasligimiz kerak. Binobarin, ushbu bog‘liqlik belgilarining u yoki bu shaxsda qaysi ko‘rinishda namoyon bo‘lishini faqat uni uzoq kuzatgan shifokorgina to‘g‘ri baholay oladi. Bemor bilan shifokor orasidagi o‘zaro munosabatlarning uzluksiz bo‘lishi, ayniqsa davolanuvchi uchun katta ahamiyatga ega. Faqat UAV yuqoridagi talablarga to‘liq javob beradi.

XX asrning ikkinchi yarmiga kelib dunyodagi deyarli barcha mamlakatlarda, shu jumladan, yuqori darajada taraqqiy etganlarida ham aholi salomatligi ko‘rsatkichi darajalarida salbiy tomonga qarab ayrim siljishlar kuzatila boshlandi. SHuning uchun jahondagi etakchi mutaxassislar uning sabablari va inson salomatligini tiklash hamda saqlashda ijobiy natijalarga erishish yo‘llarini izlay boshladilar. Bunga erishish uchun aholi o‘rtasida profilaktik ishlarni rivojlantirish, birlamchi tibbiy yordamning samarasini oshirish, ya’ni shu bo‘g‘inda UAV xizmatiga o‘tish yoki ambulatoriya-poliklinika shiroitida ko‘rsatilayotgan meditsina yordamini takomillashtirish lozim degan yagona xulosaga kelindi. Demak, asrimizning ikkinchi yarmidan boshlab, dunyodagi rivojlangan mamlakatlarda vujudga kelgan tibbiy va iqtisodiy sabablar hamda shart-sharoitlar yuqorida ta’kidlab o‘tganimizdek, juda qiyinchilik bilan bo‘lsa ham UAV tayyorlash hamda tibbiyotning birlamchi bo‘g‘inlarida ular xizmatiga o‘tishni taqozo qildi. Tibbiy yordamning aksariyati bemorlarga ambulatoriya sharoitida ko‘rsatila boshlandi. Misol uchun UAV xizmati keng joriy etilgan Angliyada hozirgi davrda 90% bemorlarga tibbiy yordam ambulatoriya sharoitida, 9-10% bemorlarga esa shifoxonalarda, ulardan atigi 1% gagina ixtisoslashtirilgan bo‘lim va markazlarda ko‘rsatiladi. AQSH o‘z yalpi ichki mahsulotining 15% ini (1.55 trillion dollar – 2002 yil ma’lumotlari) sarf qilib, jahonda sog‘liqni saqlashga eng ko‘p mablag‘ ajratishiga qaramasdan, aholi sog‘lig‘i ko‘rsatkichlari bo‘yicha rivojlangan 13 mamlakat orasida 12-o‘rinda turadi. Buning asosiy sabablaridan biri UAV sonining nisbatan kamligi va ushbu tizimning boshqa etakchi mamlakatlarniki kabi yaxshi rivojlanmaganligidir. Bu salomatlik ko‘rsatkichlari nafaqat ajratilayotgan moliyaviy mablag‘, balki sog‘liqni saqlash tizimining tashkil etilishiga ham bog‘liq ekanligini tasdiqlaydi.

O‘zbekistonda so‘ngi yillargacha bemorlarning aksariyati ambulatoriya sharoitida davolash mumkin bo‘lishiga qaramasdan tannarxi juda baland bo‘lgan shifoxonalarda davolanar edilar. Respublikamizning mustaqil deb e’lon qilinishi, davlatimizda bozor iqtisodiyoti tamoyillarining shakllanib borishi boshqa sohalar bilan bir qatorda, tibbiyotda ham rivojlanishning ekstensiv yo‘lidan intensiv yo‘liga o‘tishni taqozo qildi. 1993 yildan boshlab viloyatlarda QVP qurila boshlandi yoki qishloq ambulatoriya va

shifoxonalari qayta ta'mirlanib, QVP larga aylantirildi. Sog'liqni saqlash tizimini isloh qilish to'g'risidagi Prezident Farmoni va 1996 yilning may oyida e'lon qilingan Respublika Vazirlar Mahkamasining 182-sonli qarori asosida bu jarayonlar yanada jadallashdi. Buning natijasida bemorlarga birlamchi tizimning o'zida vrachlik yordami ko'rsatish bilan bir qatorda, iqtisodiy tomondan samarador bo'lgan tibbiy xizmatga o'tildi



Angliyada tibbiyotning turli bo'g'inlarida ko'rsatiladigan yordam ko'lami

Umumiy amaliyot shifokorlari tomonidan ambulatoriya sharoitida ko'rsatiladigan yordam – 90 % bemorlarga;

SHifoxonada ko'rsatiladigan yordam – 9 – 10 % bemorlarga;

Ixtisoslashtirilgan markazlarda ko'rsatiladigan yordam – 1 % bemorlarga.

O'zbekiston sog'liqni saqlash tizimining birlamchi bo'g'inini
isloh qilish

O'zbekiston Respublikasi Prezidenti I.A.Karimovning sog'liqni saqlash tizimini isloh
qilishning davlat dasturi haqida farmoni (10.11.1998);

Sog'liqni saqlash tizimining birlamchi bo'g'inini islox qilish dasturi.

Oldingi muammolar:

Sog'liqni saqlash tizimining qimmatligi (ko'p harajat talab qilishi);

Ko'proq tor doiradagi mutaxassislarga asoslangan tizim.

UASH modelini yaratish:

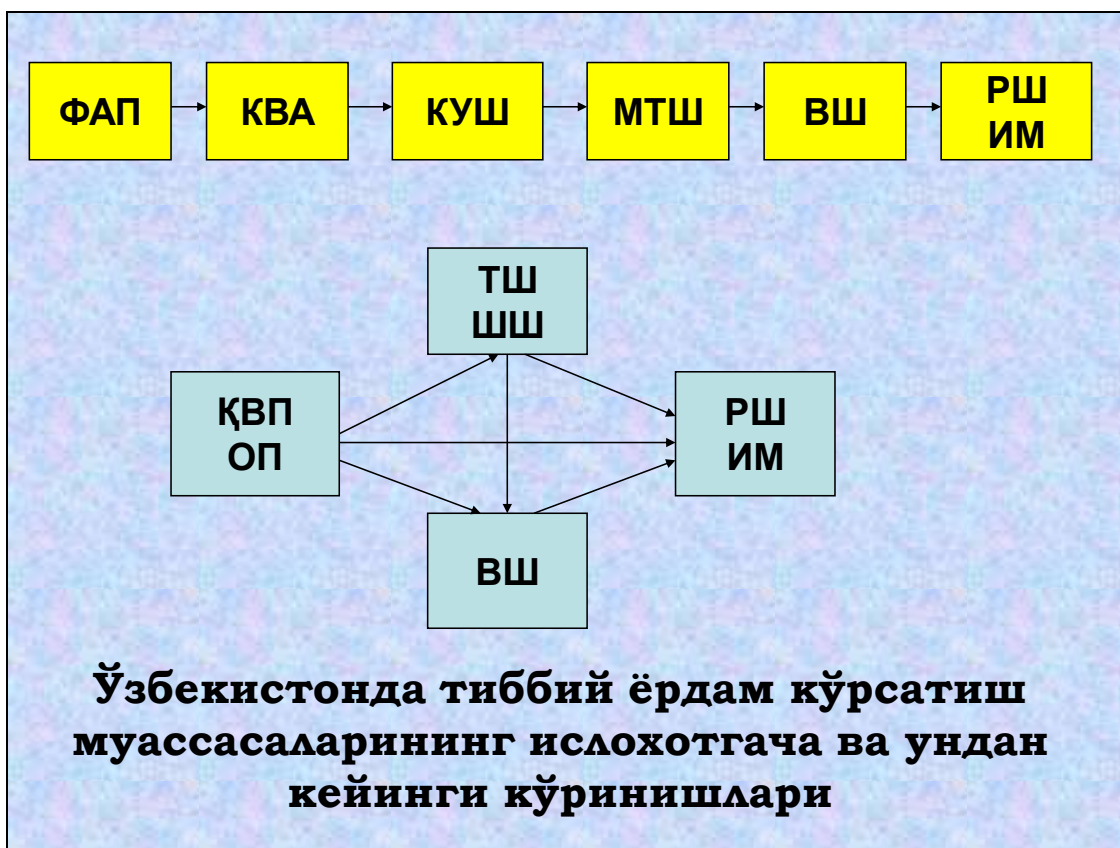
Umumiy amaliyotning tanlangan modeli xalqning odatlari, an'analari va mentalitetiga
hamda mamlakatning boshqa xususiyatlariga mos kelishi lozim;

Turli mamlakatlarda tegishli moslashtirishsiz joriy etilayotgan modellar odatda zarur
darajada faoliyat ko'rsatmaydi;

G'oya bitta, tadbiq etish usullari ko'p;

Amerika modelimi? YOKi Britaniyanikimi?

Mutaxassislikka mos keluvchi bilim darajasi va texnologiyalarning rivojlanganligi.



«Umumiy amaliyot vrachi faoliyati – bu akademik, klinik, ilmiy yo‘nalish bo‘lib, o‘zining o‘rganish, o‘qitish, ilmiy izlanishlar sohasiga ega bo‘lgan hamda klinik faoliyat ko‘rsatishga asoslangan fandır va aholiga birlamchi tibbiy - sanitariya yordam ko‘rsatishga yo‘naltirilgan klinik mutaxassislikdir»

Umumiy amaliyot vrachi mutaxassisligi o‘zining muhim 11 ta‘rifiga ega:

Umumiy amaliyot vrachi faoliyati orqali bemorning sog‘liqni saqlash tizimi bilan ilk bor muloqati boshlanishi; ushbu muloqotning ochiqligi va chegaralanmaganligi; yoshiga, jinsiga va boshqa xususiyatlaridan qat’iy nazar barcha sohadagi kasalliklarga tibbiy yordamning ko‘rsatilishi

Umumiy amaliyot vrachi faoliyati orqali bemorning sog‘liqni saqlash tizimi bilan ilk bor muloqati boshlanishi; ushbu muloqotning ochiqligi va chegaralanmaganligi; yoshiga, jinsiga va boshqa xususiyatlaridan qat’iy nazar barcha sohadagi kasalliklarga tibbiy yordamning ko‘rsatilishi

O‘ziga biriktirilgan bemorga, oilaga va jamiyatga qaratilgan yo‘nalish

Bemor bilan vrachning o‘zaro samarali uzoq munosabati asosida maxsus maslahat

Bemor bilan vrachning o‘zaro samarali uzoq munosabati asosida maxsus maslahat «SHifoxonalarda kasalliklar qoladi, bemorlar esa kelib ketadilar; oila shifokori amaliyotida esa bemorlar qoladilar, kasalliklar kelib ketadilar»

Ma’lum guruhda kasallik tarqalish ko‘rsatgichlariga binoan profilaktika va davolash usullarini tanlash jarayonini qabul qilish

Bemorlardagi o‘tkir va surunkali kasalliklarni birgalikda davolash

Kasalliklarni erta va differensiyalanmagan davrlarda davoni boshlash hamda ma’lum vaziyatda tezkor yordam ko‘rsatish

Isbotlangan samaralar asosida aholi sog‘lig‘ini mustaxkamlash uchun kasalliklar profilaktikasini amalga oshirish «Tajribali shifokor tajribasizidan fakat bir narsa bilan farqlanadi: birinchisi 10 kasallikka qarshi bitta dori tayinlasa, ikkinchisi bitta kasallikka 10 dori tayinlaydi»

Xizmat ko‘rsatayotgan aholining sog‘lik ko‘rsatgichlari uchun javobgarlik

Aholi sog‘lig‘i muommalarini echishda uning jismoniy, ruhiy, ijtimoiy va madaniy yo‘nalishlarini e’tiborga olish

SHunday qilib umumiy amaliyot shifokori:

Bemorlarni, oilani va unga biriktirilgan barcha shaxslarni yoshi, jinsi va kasalligi turidan qat’iy nazar yakka ravishda birlamchi kuzatuvni va davolashni amalga oshiruvchi mutaxassisdir;

Buni turli bilim va qobiliyatning ajoyib uyg‘unlashganligidagina amalga oshirish mumkin.

Davlat ta’lim standartiga muvofiq umumiy amaliyot shifokori yuqorida ko‘rsatilgan davolash - profilaktika muassasalarida malakaviy faoliyatning quyidagi turlari bilan shug‘ullanadi:

Tibbiy profilaktik: sog‘lomlashtirish, sanitar - gigienik, profilaktik va epidemiyalarni oldini olishga qaratilgan chora -tadbirlarni ishlab chiqish hamda o‘tkazish, aholi sog‘lig‘iga ta’sir etuvchi xavfli omillarni aniqlash va oldini olish;

Tez va kechiktirib bo‘lmaydigan tibbiy yordam: dastlabki tibbiy yordam chora - tadbirlarini o‘z vaqtida aniqlash va mustaqil ravishda bajarish;

Davolash - diagnostik: ko‘p tarqalgan kasalliklarni tibbiyotning birlamchi bo‘g‘inlarida laborator va tibbiy asbob - uskunalar yordamida aniqlash; ko‘rsatmalar bo‘lganda tor mutaxassislar bilan maslahatlashish yoki shifoxonaga yotqizish;

davolash, kuzatib borish, dispanser nazoratiga olish hamda vaqtinchalik ishga layoqatsizlikni ekspertiza qilish;

Tiklovchi: psixologik holat, jismoniy va kasbiy faollikni tiklash.

Umumiy amaliyot shifokori o'z ish faoliyati davomida quyidagi tamoyillarga rioya qilishi kerak:

Kengqamrovlilik;

Bemorni kuzatib borishning uzoq muddatligi;

Integratsiya – tibbiyotning barcha jabhalarini zarur darajada qamrab olish;

Muvofiqlashtiruv – davolashni nazorat qilish;

Biriktirilgan aholi bilan ishonchli munosabatlar;

YAgona jamoa bo'lib ishlash;

Aholi uchun birlamchi tibbiy yordam olishning bemalolligi;

Aholi o'rtasida profilaktik ishlar va ularga sanitariya ta'limi berish;

Har bir shaxsni va uning oila a'zolari hamda yaqinlarini sog'lig'i uchun mas'ullikka o'rgatish;

Tibbiy yordam sifatini oshirgan holda uning bahosini kamaytirishga intilish.

YUqoridagilarning barchasi umumiy amaliyot shifokori XXI asr mutaxassisi deyishga to'liq asos bo'ladi. CHunki u:

Mablag'ni tejaydi;

Bemorlar talabini qoniqtiradi;

To'g'ri va tez tashhis qo'yadi;

Profilaktika ishlariga alohida etibor beradi;

Oilada hamda undagi sharoitni e'tiborga olgan holda davolaydi;

Bemorni bir butun holda ko'rib barcha kasalliklarni muolaja qiladi.

Birlamchi profilaktika

Inson organizmiga ta'sir qiluvchi zararli omillarni kamamaytirish chora - tadbirlarini ishlab chiqish (atmosfera havosi, ichimlik suvi, oziq - ovqat sifati, mehnat sharoitlari, turmush va dam olish, ruxiy - ijtimoiy stress darajasi va hayot sifatiga ta'sir etuvchi boshqa omillarni yaxshilash), ekologik va sanitar - gigienik skrining o'tkazish;

Sog'lom turmush tarzini shakllantirish;

Somatik va ruxiy kasalliklar va jarohatlar rivojlanishini, kasbga oid noxush holatlar, yo'l - transport travmatizmini, nogironliklar shuningdek o'limni oldini olish choralarini ishlab chiqish;

Tibbiy profilaktik ko'riklar vaqtida sog'liq uchun zararli odatlarni aniqlash, xavfli omillar ta'sir darajasini pasaytirish maqsadida ularni yo'qotish choralarini qo'llash;

Aholining turli guruhleri orasida immunoprofilaktika ishlarini olib borish;

Salomatlik uchun noqulay ta'sirlar doirasida bo'lgan aholi o'rtasida tibbiy va tibbiy bo'lmagan xarakterdagi chora – tadbirlar qo'llagan holda ularni sog'lomlashtirish.

Ikkilamchi profilaktika

Maqsadli sanitar - gigienik tarbiya, shu jumladan individual va guruhlar orasida maslahatlar o'tkazish, bemorlar va ularning oila a'zolarini ma'lum kasalliklar yoki guruh kasalliklari bo'yicha o'qitish;

Salomatlik darajasi va kasallik rivojlanishini aniqlash va tegishli sog'lomlashtirish hamda davolash chora - tadbirlarini olib borish maqsadida bemorlarni tibbiy ko'rikdan o'tkazish;

Profilaktik davo choralari va maqsadli sog'lomlashtirish, shuningdek parhez, davolovchi jismoniy tarbiya, tibbiy massaj, sanator - kurort va boshqa turdagi davolash profilaktik-sog'lomlashtirish usullaridan foydalanish;

Salomatlikdagi o'zgarishlarga nisbatan tibbiy - ruxiy moslashuv o'tkazish, organizmning o'zgargan imkoniyatlari va talablariga nisbatan to'g'ri qabul qilish tuyg'usini shakllantirish;

Modifikatsiyalangan ta'sir xavflarini, qisman mehnatga layoqatlilik qobiliyatini saqlab qolish va ijtimoiy muhitga moslashishiga, bemorlar va nogironlarning hayot kechirishi uchun optimal sharoit yaratishga (masalan, parhez taomlar ishlab chiqish,

arxitektur jihatdan moslangan g'oyalarni amalga oshirish, imkoniyatlari chegaralangan shaxslar uchun tegishli sharoitlarni yaratish va x.k.) qaratilgan davlat miqyosidagi iqtisodiy, tibbiy - ijtimoiy xarakterdagi chora – tadbirlarni o'tkazish.

Uchlamchi profilaktika

YOki reabilitatsiya (salomatlikni tiklash) - bu imkoni boricha bemorning ijtimoiy - kasbiy maqomini to'laroq tiklashga qaratilgan tibbiy, psixologik, pedagogik, ijtimoiy chora - tadbirlar majmui bo'lib ular hayot tarzini chegaralanganlikdan olib chiqish yoki engillashtirishdan iboratdir.

Moxir mutaxassis bo'lish uchun umumiy amaliyot vrachi o'z ustida doimo muntazam ishlashi, zamonaviy adabiyotlar va ustozlari tajribasini o'rganishi shuningdek quyidagi xislatlarni o'zida mujassamlantirishi lozim:

Bemor izxor qila olmagan muammolarni seza bilishi;

YUqori darajadagi axborotga ega bo'lishi;

To'g'ri savol qo'yishni bilishi;

Mukammal javob olish maqsadida savollarni to'g'ri qo'yishni bilishi;

Bemorga uni yuqori baholash va xurmat bilan qarashlikni anglata bilishi;

Bemor nimani bilishni va sezishini tushinishi;

Bemorni qaror qabul qilishini engillashtirishi;

O'ziga nisbatan moyillik to'g'dira olishi;

Bemor holatini tushinishi;

Halollik va rostgo'ylik;

Qulay sharoit yaratishni bilishi;

Bemorni ruxlantirib savollar berishi;

Faol eshita bilishi;

Bemorlar so'zini eshita bilish va ovoz oxangiga e'tibor berishi;

Suxbatni bemorga qulay tezlikda olib borishi;

Bemorni bezovta qilayotgan ayrim muammolarni to'g'ri tushinganligini u sezishi uchun ba'zi holatlarni alohida qayt qila bilishi;

Zarur holatlarda bemorga tik qarashi;

Bemor holatiga qalbdan qiziqishi;

Bemor muammolarini engillashtirishga intilayotganligini soʻz oxangi bilan tushintirishi;

Savol berilgandan soʻng uning javobini kuta bilishi.

Suxbatni davom ettirish uchun bemorni ragʻbatlantira olishi;

Nimaga? degan soʻzni ehtiyot boʻlib ishlatishi;

Bemor berilgan savolga tushinganligiga ishonch hosil qilishi maboda tushinmagan boʻlsa boshqacha tarzda takrorlashi;

Bemor nima sezayotganligini izxor qilishiga yordam berishi va unga nisbatan oʻz munosabatini bildirishi;

Bemorga u sezayotgan jarayonlar normal holat ekanligi toʻgʻrisida tushuncha berishi.

ADABIYOTLAR

Terapiya, Rukovodstvo dlya vrachey, studentov. Perevod s ang., prof.A.G.CHuchalin, Moskva.

2.Spravochnik vracha obshchey praktiki. Dj. Merta, M.,1998.

3.Semeynaya meditsina (rukovodstvo) pod red. akad.A.F.Krasnova, Samara.2009

Vnutrennie bolezni, pod red. G.R.Xarisona, rukovodstvo. 2007

Diagnostika bolezney vnutrennix organov, rukovodstvo. A.N. Okorokov.

Vnutrennie bolezni, Kniga 1 (T. R. Xarrison- Moskva “Meditsina” 1993g.)

MA'RUZA MAVZUSI

KO'KRAK QAFASIDAGI OG'RIQ SINDROMI

KO'KRAK QAFASIDAGI KORONAROGEN OG'RIQLAR DIFFERENTIAL TASHXISI. YUIK, MI KECHISH XUSUSIYATLARI. DAVOLASH. PROFILAKTIKA. UASH TAKTIKASI.

Ma'ruza rejasi

Talabalar soni -	Vaqt - 2 soat
O'quv mashg'uloti shakli	Ma'ruza – vizualizatsiya
Ma'ruza rejasi	<p>Ko'krak qafasidagi koronogen og'riqlarga xos xususiyatlar</p> <p>Ko'krak qafasidagi koronogen og'riqlar bilan kechadigan asosiy kasalliklar</p> <p>Ko'krak qafasidagi koronogen og'riqlar bo'lgan kasalliklarni o'ziga xos kechishi</p> <p>Ko'krak qafasidagi koronogen og'riqlar bilan kechadigan kasalliklarni tashxislash</p> <p>UASH amaliyotida ko'krak qafasidagi koronogen og'riqlar bilan kechadigan kasalliklarni davolash, profilaktika, dispanserizatsiyasitamoyillari.</p>
O'quv mashg'uloti maqsadi: talabalarni ko'krak qafasidagi koronogen og'riqlar bilan kechadigan kasalliklarni o'ziga xos kechishi bilan tanishtirish, tashxislash, davolash, profilaktika va dispanserizatsiya tamoyillarini o'rgatish.	
Pedagogik vazifalar: 1. Talabalarda ko'krak qafasidagi koronogen og'riqlar bilan kechadigan kasalliklar haqidagi bilimlarini mustaxkamlash va chuqurlashtirish 2. Talabalarni kasalliklarni zamonaviy tasnifga binoan to'g'ri tashxis qo'yishga o'rgatish	O'quv jarayoni natijalari: UAV bilishi shart: Ko'krak qafasidagi koronogen og'riqlar ga xos xususiyatlar Ko'krak qafasidagi koronogen og'riqlar bilan kechadigan asosiy kasalliklar

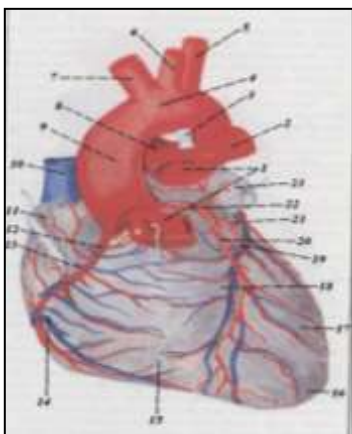
3. Ko'krak qafasidagi koronogen og'riqlar bilan kechadigan kasalliklarni qiyoslama tashxislashni bilishga o'rgatish	Ko'krak qafasidagi koronogen og'riqlar bo'lgan kasalliklarni o'ziga xos kechishi
4. Talabalarni ko'krak qafasidagi koronogen og'riqlar bilan kechadigan kasalliklarni o'ziga xos kechishi bilan tanishtirish	Ko'krak qafasidagi koronogen og'riqlar bilan kechadigan kasalliklarni tashxislash
5. Talabalarni UASH amaliyotida ko'krak qafasidagi koronogen og'riqlar bilan kechadigan bemorlarni olib borishga o'rgatish.	UASH amaliyotida ko'krak qafasidagi koronogen og'riqlar bilan kechadigan kasalliklarni davolash, profilaktika, dispanserizatsiyasitamoyillari
O'rgatish uslubi	Ma'ruzalar matni, videofilmlar, so'rovnomalar, savollar, "xa-yo'q" texnikasi
O'rgatish shakli	Lazer proektor, vizual anjomlar, maxsus texnik qurollar, tematik bemorlar ko'rsatish, bemorlar rentgen suratlari
O'rgatish vositalari	Jamoa
O'quv jarayoni o'tkazish sharoitlari	Auditor zali

Tayanch so'zlarva iboralar:ko'krak qafasidagi koronogen og'riqlar, og'riqlar xarakteri, profilaktika

MA'RUZA MATNI

SHifokor faoliyatida ko'p uchraydigan sindromlardan biri ko'krak qafasidagi og'riqlar hisoblanadi. Ular turli-tuman patologik holatlarning, shu jumladan, bemor hayotiga xavf soluvchi og'ir kasalliklarning belgisi bo'lishi mumkin, chunki u erda

hayotiy muhim a'zolar joylashgan. Ko'krak qafasining suyak asosini umurtqa pog'onasining ko'krak qismi va unga tog'ay orqali birikkan 12-juft qovurg'a hamda to'sh suyagi hosil qiladi. Bu yumshoq to'qimalar bilan birgalikda - ko'krak devori deyiladi. Ko'krak bo'shlig'i - uning devori va diafragma (mushak - payli ko'krak va qorin oralig'idagi to'siq) bilan chegaralangan sohadir. Undan qon tomirlar va nervlar, qizilo'ngach va traxeya o'tgan. Ko'krak bo'shlig'idagi ko'ks oralig'ida perikard bilan o'ralgan yurak va plevralar ichidagi o'pkalar joylashgan.



1-rasm. Yurak arteriyalari va venalari

1-o'pka arteriya stvoli, 2-chap o'pka arteriyasi, 3- 4-aorta ravog'i, 5-chap o'mrov osti arteriyasi, 6-chap umumiy uyqu arteriyasi, 7- elka -bosh stvoli, 8-o'ng upka arteriyasi, 9-yuqoriga ko'tariluvchi aorta, 10-yuqori kavak venasi, 11-o'ng quloqcha, 12-o'ng toj arteriyasi, 13-toj egat, 14-yurakning old venasi, 15-o'ng qorincha, 16-yurak uchi, 17-chap qorincha, 18, 19-yurakning katta venasi, 20-old qorinchalararo arteriya, 21-o'rab turuvchi tarmoq-chap toj arteriyasi tarmog'i, 22-chap toj arteriyasi, 23-chap quloqcha.

Ko'krak qafasidagi og'riqlarning intensivligi, tabiati va joylashishi turlicha bo'lganligi sababli ularni yagona tasnifga birlashtirishning imkoni yo'q. Ushbu og'rig'lar bilan kechuvchi ko'pgina kasalliklar bemor hayotiga xavf solishi tufayli, bu holat tezkor tashhis qo'yishni talab etadi. Solishtirma tashhis o'tqazishdan maqsad og'riqning ko'krak qafasidagi qaysi azodan kelib chiqqanligini (suyak, mushaklardan, qovurg'alararo nervlardan, umurtqa pog'onasi, qizilo'ngach va ko'ks oralig'i) va u yoki bu azoning kasallanishi natijasida rivojlanganligini aniqlashdan iborat. UAV faoliyatida ko'p uchraydigan ko'krak qafasida og'riqlar bilan kechuvchi kasalliklar guruhi 1-chizmada keltirilgan.

Bemor ko'krak qafasidagi og'riqlarga shikoyat qilganda, UAV birinchi navbatda koronar qon tomirlari zararlanishi bilan bog'liq bo'lgan kasalliklar to'g'risida o'ylashi lozim. Ushbu guruhga butun dunyoda, jumladan, O'zbekistonda ham keng tarqalgan YUIK (stenokardiya, o'tkir koronar sindrom, miokard infarkti (MI)) va uning asoratlari kiradi. So'ngi ma'lumotlarga ko'ra, YUIK lari jaxondagi yalpi o'lim sababining 26 %ini tashkil etsa, mamlakatimizda bu ko'rsatkich 50 %ga yaqindir. Uning asosida koronar qon tomirlari aterosklerozi, ba'zan esa yirik tomirlar spazmi va ularda tromblar hosil bo'lishi yotadi. 3-rasmda sog'lom odam yuragi tashqi ko'rinishi va uning qon tomirlari tasviri keltirilgan.

Quyida sanab o'tilgan xavf omillari mavjud bo'lganda, ushbu kasallik paydo bo'lish va asoratlanish ehtimoli juda yuqori bo'ladi.

Asosiy xavf omillari:

chekish;

bemorda va uning ota-onasida lipid almashinuvining buzilishi mavjudligi (qonda umumiy xolesterin miqdori ≥ 5 mmol/l);

AG mavjudligi (QB $\geq 140/90$ mm.sim.ust.);

bemorda va uning ota-onasida QD kasalligining borligi;

gipodinamiya;

semizlik (tana vazni indeksi ≥ 25);

yurak-qon tomir kasalliklariga nasliy moyillik;

bemor yoshi;

ovqatlanish xususiyatlari;

kasbi, ijtimoiy ahvoli;

atrof-muhit ta'siri;

siydik kislotasi almashinuvining buzilishi.

Bu omillarni erta aniqlash va ularni mumkin qadar bartaraf etish bemorlar hayot sifatini yaxshilaydi va o'lim holatlarini kamaytiradi. SHuning uchun UAV ular to'g'risida batafsil ma'lumotga ega bo'lishi lozim.

Koronar tomirlar zararlanishi bilan bog'liq bo'lgan ko'krak qafasidagi og'riqlar

Ushbu guruh kasalliklarining asosini YUIK tashkil etib UAV faoliyatida eng ko‘p uchraydigan patologik holatlardan biri hisoblanadi. Biz uning turli shakllariga to‘xtashdan oldin O‘zbekiston kardiologlarining IV s‘ezdida qabul qilingan YUIKning klassifikatsiyasini keltirishni maqsadga muvofiq deb topdik.

1-jadval

YUrak ishemik kasalligining klassifikatsiyasi

(O‘zbekiston kardiologlarining IV s‘ezdida o‘zgartirishlar kiritilgan, 2000 yil)

1	To‘satdan yuz bergan koronar o‘lim (yurakning birlamchi to‘xtashi)
2	Stenokardiya 2.1 Stabil zo‘riqish stenokardiyasi (funksional sinflarni ko‘rsatish bilan) 2.2 Nostabil stenokardiya - birinchi paydo bo‘lgan stenokardiya - zo‘rayib boruvchi stenokardiya - angiospastik stenokardiya - infarktdan keyingi erta stenokardiya - operatsiyadan keyingi erta stenokardiya
3	Miokardning og‘riqsiz ishemiyasi
4	Miokard infarkti - Q tishchasi bilan – QMI - Q tishchasiz – NQM
5	Infarktdan keyingi kardioskleroz
6	YUrak ritmining buzilishi (shaklini ko‘rsatish bilan)
7	YUrak etishmovchiligi (shakli va bosqichini ko‘rsatish bilan)

Stenokardiya

Evropa kardiologlari jamiyatining 2002 yilda o‘tqazgan kuzatuvlari natijasi YUIK ning keng tarqalgan klinik ko‘rinishi stenokardiya ekanligini yana bir bor tasdiqladi.

Klinik manzarasi:

stenokardiyadagi og‘riqlar odatda ezuvchi, siquvchi, kuydiruvchi, bosuvchi xususiyatlarga ega bo‘lib, aksariyat hollarda to‘sh ortida joylashib, chap qo‘lga, pastki jag‘ga, bo‘yinga, belga uzatiladi va ayrim hollarda hansirash, terlash, o‘limdan qo‘rqish hissi bilan kechadi;

og‘riqlar kuchli, kuchsiz yoki ko‘krak qafasidagi nohush his bilan kechib, 1-2 daqiqadan 20 daqiqagacha davom etishi mumkin;

og‘riqlar jismoniy yoki emotsional zo‘riqish vaqtida, sovuqda yoki ovqatlangandan so‘ng paydo bo‘ladi va tinch holatda yoki nitroglitserinni til ostiga qabul qilgandan so‘ng o‘tib ketadi;

xuruj bo‘lmagan vaqtda asbobiy tekshirishlar kam malumot beradi.

Jismoniy zo‘riqish (tez yurish, yuqoriga ko‘tarilish, og‘ir yuk ko‘tarish), asab buzilishi, ko‘p miqdorda ovqat istemol qilish, sovuq, nam va shamolli ob-havo, kuchli hayajonlanish (jumladan, teleko‘rsatuvlar ta‘sirida), jinsiy aloqa, dorilar qabul qilishni (antianginal, gipotenziv, antiaritmik) to‘xtatib qo‘yish stenokardiya xurujlari rivojlanishiga olib keladi. Stenokardiya xurujlari ba‘zan atipik shakllarda namoyon bo‘lib, og‘riqlar jag‘ga, barmoqlarga, epigastral sohaga, o‘ng va chap qovurg‘a yoyi ostiga uzatilishi mumkin. Ayrim hollarda og‘riq ikkinchi darajali ahamiyatga ega bo‘lib, bemorda havo etishmaslik, ko‘krak kafasining siqilishi, keskin holsizlik, o‘limdan qo‘rqish hislari kuzatiladi.

Stenokardiyaning turg‘un va turg‘un bo‘lmagan (nostabil) klinik turlari farqlanadi.

Turg‘un zo‘riqish stenokardiyasi. Xurujlar bir xil darajadagi jismoniy zo‘riqishda paydo bo‘lib, xuruj vaqtida EKGda ST segmenti depressiyasi kuzatiladi. U o‘z navbatida bemorni jismoniy zo‘riqishga chidamliligiga ko‘ra to‘rtta funksional sinfga bo‘linadi:

I sinf–odatiy kundalik jismoniy zo‘riqish (yurish, zinapoyadan ko‘tarilish) stenokardiya xurujlarini chaqirmaydi. Xurujlar kuchli, uzoq vaqt davomida va tez jismoniy zo‘riqishda paydo bo‘ladi;

II sinf- odatiy jismoniy faollik bir oz chegaralangan. Stenokardiya xurujlari tez yurganda, zinapoyadan tez ko‘tarilganda, me‘yordan ko‘proq ovqat eb qo‘yganda yoki sovuq havoga chiqqanda, ob-havo o‘zgarganda, stress holatlarida, to‘shakdan turgandan keyingi birinchi soatlarda; yaxshi sharoitda va odatiy tezlikda tekis yo‘lda

500 m.dan ko‘proq masofaga yurganda yoki zinapoyadan birinchi qavatdan yuqoriga ko‘tarilganda paydo bo‘ladi;

III sinf-odatiy jismoniy faollik keskin chegaralangan. Stenokardiya xurujlari yaxshi sharoitda va odatiy tezlikda tekis yo‘lda 100- 500 m.gacha masofaga yurganda yoki zinapoyadan birinchi qavatgacha ko‘tarilganda paydo bo‘ladi.

IV- sinf har qanday jismoniy harakat (tekis yo‘lda 100 m.gacha masofaga yurganda) stenokardiya xurujlari rivojlanishiga olib keladi. Ayrim hollarda tinch holatda ham paydo bo‘lishi mumkin.

Nostabil stenokardiya deganda zo‘riqish stenokardiyasi xurujlari davomiyligining uzayishi va og‘irlashishi, og‘riqlar xarakterining o‘zgarishi, bemorni jismoniy zo‘riqishga chidamliligining keskin susayishi, xurujlarning tinch holatda ham paydo bo‘lishi, nitratlarga sezuvchanlikni pasayishi tushuniladi. Bu holatda miokard infarkti rivojlanish xavfi yuqoridir. Nostabil stenokardiyaning bir nechta turlari farqlanadi:

Birinchi bor paydo bo‘lgan stenokardiya - bemor hayotida ilk bor jismoniy zo‘riqishda, keyinchalik esa odatiy harakatda ham og‘riq xurujlarining (paydo bo‘lgan vaqtdan 1 oygacha) paydo bo‘lishi. Bu guruhdagi bemorlar shu vaqtgacha o‘zlarini sog‘lom deb bilganliklari, kasallik to‘g‘risida ma‘lumotlarga ega emasliklari sababli, o‘z vaqtida shifokorga murojaat qilmaydilar va shuning uchun ular orasida MI hamda to‘satdan o‘tkir koronar o‘lim rivojlanish xavfi yuqori;

Avj olib boruvchi stenokardiyada og‘riq davomiyligining uzayishi, xarakteri va irradiatsiyasining o‘zgarishi, bemorni jismoniy zo‘riqishga chidamliligi keskin pasayib, xurujlarning tinch holatda ham paydo bo‘lishi, antianginal dori vositalarga sezuvchanlikning susayishi tushuniladi.

Vazospastik (Prinsmetal yoki variantli) stenokardiya - yirik koronar arteriyalari spazmi natijasida yuzaga kelib, og‘riqlar biron-bir sabablarsiz tinch holatda, aksariyat hollarda kunning malum bir vaqtida (tunda yoki erta tongda) paydo bo‘lib, davriy ravishda (xaftada 2-3 va undan ko‘proq) kuzatiladi. Bu turdagi stenokardiyada xuruj vaqtida EKG da ST segmentini o‘rta chiziqdan yuqoriga (MIning o‘ta o‘tkir davriga o‘xshash) ko‘tarilishi va xuruj bartaraf etilgach, uni o‘z o‘rniga qayd etildi.

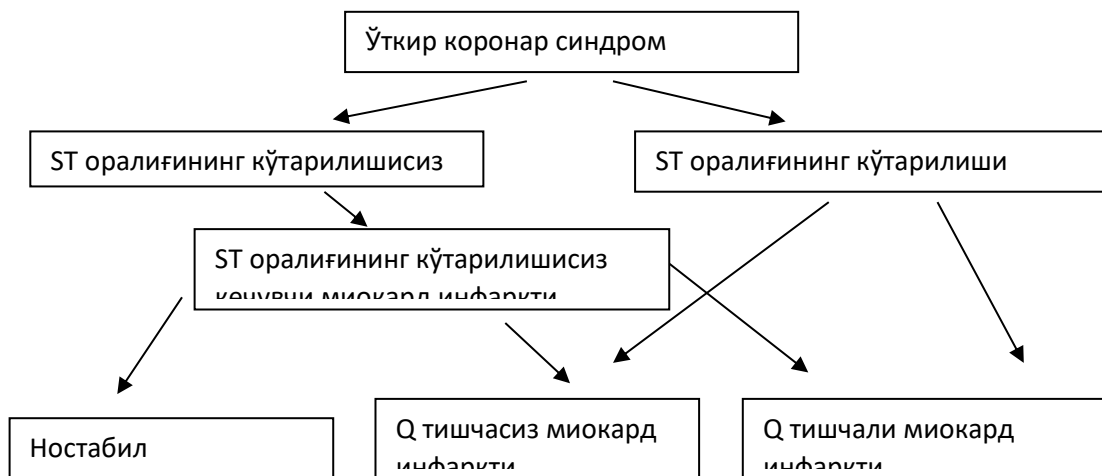
Miokard infarktidan keyin erta paydo bo‘lgan stenokardiya - og‘riq xurujlari MI rivojlangandan keyingi 2-3 haftada yoki bemor shifoxonadan chiqishi bilan (8 hafta oralig‘ida) kuzatiladi.

Operatsiyadan keyin paydo bo‘lgan stenokardiya - og‘riq xurujlari YUIK ni faol davolash usullaridan (aorta-koronar shuntlash (AKSH), stentlash, transkoronar

angioplastika (TKA)) so'ng 2-4 hafta davomida yoki undan keyin paydo bo'lishi tushuniladi.

O'tkir koronar sindrom (O'KS) - bu ilk bor yuzaga kelgan stenokardiyadan tortib, uzoq muddat davom etuvchi va nitrogletsirin qabul qilganda ham yo'qolmaydigan, natijasi noaniq, yirik o'choqli MI yoki to'satdan o'limga olib kelish ehtimoli yuqori bo'lgan, tinch holatda ham uzluksiz zo'rayib boruvchi davomli stenokardiyalarni o'z ichiga oladi. Bu tashhis vaqtincha qo'yilib, shifokor kasallik kechishiga, laborator-asbobiy tekshiruvlar natijasiga asoslanib, 24 soat ichida klinik tashhis qo'yishi va kelgusi davolash taktikasini belgilashi lozim.

Quyidagi 2 va 3-chizmalarda O'KSning kategoriyalari hamda unga chalingan bemorlarni olib borish algoritmi keltirilgan.



2-chizma. O'tkir koronar sindromning kategoriyalari

Ushbu chizmadan ko'rinadiki, ST oralig'ining ko'tarilishisiz kechuvchi O'KS Q tishchasiz MI yoki nostabil stenokardiyaga, ST oralig'ining turg'un ko'tarilishi bilan kechuvchi O'KS esa aksariyat hollarda Q tishchali, ba'zan Q tishchasiz MIga assotsiyalanadi.



3-чизма. О'тkir koronar sindrom bilan kasallangan bemorlarni olib borish algoritmi

Miokard infarkti. MI yurak mushaklarining chegaralangan nekrozi bo'lib, uning qon bilan ta'minlanishi va talabi o'rtasidagi muvozanatning o'tkir buzilishi natijasida yuzaga keladi. Uning asosida toj arteriyalarining aterosklerozi (aksariyat hollarda), spazmi va aterosklerotik pilakchalarga qon quyilishi yotadi.

MIga xos bo'lgan umumiy belgilar:

nitroglitserin bilan bartaraf etilmaydigan, uzoq vaqt (30 daqiqadan ko'proq) davom etuvchi anginoz og'riqlar;

kardiospetsifik fermentlarning (tropanin 1 va T, kreatinfosfokinazaning (KFK) MV fraksiyasi) ishonchli darajada oshishi;

EKG dagi o'zgarishlar (ST sigmentining depressiyasi va patologik Q tishchasining paydo bo'lishi).

Klassik og‘riqlar bilan namoyon bo‘lgan MI da (anginoz turi) yuqoridagi belgilar bilan bir qatorda, bemor sovuq, yopishqoq ter bilan qoplanadi va unda o‘limdan qo‘rquv hissi, QB ning tushishi, pulsning tezlashishi, yurak ritmining buzilishi, qo‘zg‘aluvchanlik, ayrim hollarda o‘tkir chap qorincha etishmovchiligi belgilari paydo bo‘ladi. Og‘riqlar asosan to‘sh ortida joylashgan bo‘lib, chap qo‘lga, kurak ostiga, jag‘ga uzatiladi va ba‘zan soatlab davom etadi.

Bundan tashqari, kasallikning quyidagi atipik klinik turlari farqlanadi.

astmatik– yurak astmasi yoki o‘pka shishining klinik belgilari bilan namoyon bo‘ladi. Bemorlar havo etishmaslik hissi, yo‘tal avval quruq, keyin pushti rang ko‘pikli balg‘am ajralishiga shikoyat qiladilar. Ular ortopnoe holatida bo‘lib, o‘pkasi ustida krepatatsiya va mayda pufakchali nam xirillashlar eshitiladi. MI ning ushbu turi ko‘proq qariyalarda, QD bilan og‘rigan bemorlarda va qayta MI da kuzatiladi;

aritmik– yurakning o‘tkir ritm va o‘tqazuvchanligining buzilishlari bilan kechadi va tipik og‘riq sindromi yaqqol nomoyon bo‘lmaydi. Bemorlar aksariyat hollarda to‘satdan yurak tez-tez, noto‘g‘ri, to‘xtab-to‘xtab urishiga, havo etishmasligiga, bosh aylanishiga shikoyat qiladilar. Bu turdagi MI da xilpillovchi aritmiya, qorinchalar yoki supraventrikulyar taxikardiya paroksizmlari, ekstrasistoliyalar (ko‘proq politop), Giss tutami oyoqchalari va atroventrikular blokadalar kuzatiladi;

abdominal–yurakning pastki bazal sohasida rivojlangan MI da kuzatilib, epigastral sohadagi og‘riqlar, ko‘ngil aynishi, engillik olib kelmaydigan qayd qilish, meteorizm, oshqozon-ichak tizimi parezlari bilan kechadi;

serebrovaskulyar – koronar qon tomirlar bilan bir qatorda, bosh miya qon tomirlari trombozi (spazmi) natijasida bemorlarda obmork yoki insultning klinik belgilari (bosh aylanishi, ko‘ngil aynishi, qayd qilish, sinkopal holatlar, gemiparezlar, paralichlar, ruhiy buzilishlar) bilan namoyon bo‘ladi. Bu turdagi MI aksariyat hollarda miya qon tomirlarida kuchli ateroskleroz rivojlangan keksa bemorlarda kuzatiladi;

simptomsiz yoki kam simptomli–aksariyat hollarda QD bilan og‘rigan bemorlarda va SQAE belgilari paydo bo‘lganda aniqlanadi. Bemorlar MI ni qachon o‘tqazganlarini aniq aytib berolmaydilar, tasodifan EKG tushirilganda aniqlanadi.

Atipik turlarini tashhislashda EKG tekshirish usuli asosiy ahamiyat kasb etadi. MI da EKG da quyidagi asosiy o‘zgarishlar kuzatiladi: ST segmentining yoysimon ko‘tarilishi, qarama-qarshi tarmoqlarda uning diskordant siljishi, chuqur, kengaygan Q tishchasi paydo bo‘lishi, T tishchasi amplitudasining ko‘tarilishi. Keyinchalik davolash asosida MI davrlariga ko‘ra ST segmentini o‘rta chiziqga kelishi, T tishcha amplitudasi pasayib chuqur, teng elkali, manfiy T paydo bo‘lishi kuzatiladi.

Nekroz o'chog'ining miokard qavatlariga tarqalishi va chuqurligiga ko'ra quyidagi MI turlari tafovutlanadi:

kichik o'choqli - Q tishchasiz (subendokardial, subepikardial va intramural). EKG da asosan ST segmenti va T tishchasida o'zgarishlar kuzatiladi;

katta o'choqli - Q tishchali (transmural bo'lmagan miokard qavatlarining 50 % shikastlangan) – EKGda patologik Q tishchasi paydo bo'lib, ST segmenti va T tishchasida o'zgarishlar kuzatiladi hamda R tishchasi saqlanib qoladi;

transmural - Q tishchali (nekroz o'chog'i miokardning ma'lum bir sohasidagi barcha qavatlarni shikastlagan)– EKG da QRS kompleksi QS ko'rinishida bo'ladi hamda ST segmenti va T tishchasida o'zgarishlar kuzatiladi.

Klinik kechishi bo'yicha kasallikning 5 davri farqlanadi:

prodromal (infarktdan oldingi davr) - bir necha soatdan bir oygacha, ba'zan bo'lmasligi ham mumkin. Ushbu davrda nostabil stenokardiyaning klinik belgilari kuzatiladi. Aksariyat hollarda EKG da ST segmenti va T tishchasi o'zgaradi;

o'ta o'tkir davri – 30 daqiqadan 2 soatgacha davom etadi. Ushbu davrga yaqqol namoyon bo'lgan og'riq sindromi (atipik turlarida- ularga xos klinik belgilar) xos;

o'tkir davri – 2-14 kun davom etadi. Bu davrda klinik belgilar mo'tadillashadi (og'riq kamayadi yoki yo'qoladi) va ayni vaqtda rezorbsion- nekrotik sindrom paydo bo'ladi. Kasallikning o'ta o'tkir va o'tkir davrlarida bemorlarda o'tkir yurak etishmovchiligi belgilari hamda ritm buzilishlari kuzatilishi mumkin;

o'tkir osti davri – kasallik boshlanganidan 4-8 hafta davom etadi. Bemorda og'riq simptomi kuzatilmaydi, lekin SQAЕ belgilari paydo bo'lishi mumkin;

chandiqlanish (MI dan keyingi) davri - 3-6 oy davom etib, kasallik asoratlanmaganda, bemor hech qanday shikoyatlar bildirmaydi.

MI rivojlangan bemorlarda kasallikning turli davrlarida erta va kechki asoratlar kuzatilishi mumkin. Ushbu asoratlar o'z vaqtida aniqlanmasa va monand yordam ko'rsatilmasa, yomon oqibatlarga olib keladi. SHuning uchun UAV ular to'g'risida batavsil ma'lumotga ega bo'lishi lozim.

Erta asoratlar:

yurak ritmi (xilpillovchi aritmiya, ekstrasistoliyalar, paraksizmal taxikardiya, fibrillyasiyalar) va o'tqazuvchanligining (AV blokadalar) buzilishi. Ushbu asorat MI ga chalingan bemorlarning deyarli barchasida va kasallikning hamma davrida kuzatiladi. Uni tashhishlashda klinik belgilar bilan bir qatorda EKG tekshirish

natijalariga («Aritmiyalar» to'g'risida batafsil ma'lumot unga bag'ishlangan ma'ruzada yoritilgan) asoslaniladi;

kardiogen shok –sistolik QB 80 mm.sim.ust. dan, puls bosimi 20-25 mm.sim.ust. pasayishi, o'tkir yurak etishmovchiligi belgilarini (nafas siqishi, akrotsianoz, taxikardiya, kichik qon aylanish doirasida dimlanish belgilari, ya'ni nam xirillashlar, qon tuflash) paydo bo'lishi, shokning periferik belgilari (teri qoplamini oqarishi, tananing sovuq, yopishqoq ter bilan qoplanishi, qo'l–oyoqlarning muzlashi), oligo (soatiga 20 ml.dan kam) va anuriya rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi.

Kardiogen shokning uch turi farqlanadi:

reflektor;

aritmik;

chin kardiogen.

Reflektor turiqon tomirlari tonusining kompensator o'zgarish mexanizmining yo'qolishi sababli yuzaga keladi. Uning bu turi to'g'risida fikr yuritganda, faqat shok emas, balki MI natijasida rivojlangan kuchli arterial gipotenziya yoki og'riqli kollaps, deb aytilsa maqsadga muvofiq bo'ladi. Uning tashhisiy mezonlari:

sistolik QB ni 90-100 mm sim.ust.dan past bo'lishi;

sinusli bradikardiya;

og'riq belgisini bartaraf etish va bir marotaba vazopressor dori vositalarini qo'llash natijasida bemor axvoli yaxshilanib, QB ning ko'tarilishi.

Aritmik kardiogen shok yurak ritmining buzilishi natijasida chap qorincha faoliyatining keskin pasayib ketishi sababli yuzaga keladi. Bemorda kardiogen shokka xos bo'lgan barcha belgilar kuzatilib, ritm tiklangandan so'ng klinik va gemodinamik o'zgarishlar tez qayta tiklanadi.

CHin kardiogen shok miokardning 40% dan ko'p qismi nekrozga uchrashi natijasida chap qorinchaning nasos faoliyati keskin pasayib ketishi sababli yuzaga keladi. Uning tashhisiy mezonlari:

arterial gipotoniya (sistolik QB ni ≤ 80 mm sim.ust. puls bosimini ≤ 20 mm sim.ust.dan past bo'lishi);

periferik vazospazm (bemor rangi oqarib ketishi, akrotsianoz, taxikardiya, teri qoplamlarining sovuq terga botishi, o'pkada nam xirillashlar);

oligouriya – siydikni 1 daqiqada 20 ml.dan kam bo'lishi;

bemorning es-hushi buzilishi (atrofdagi voqealarga befarq yoki qo'zg'aluvchan bo'lish);

o'tkir chap qorincha etishmovchiligi (kuchayib boruvchi hansirash, taxikardiya, o'pkada nam xirillashlar va boshqalar) rivojlanishi;

metabolik atsidoz;

olib borilgan davo choralari samara bermasligi.

Kardiogen shokning arektiv turi uning eng og'ir ko'rinishi hisoblanib, chin kardiogen shokda kuzatiladigan belgilar bilan namoyon bo'ladi va olib borilgan davo tadbirlariga qaramasdan aksariyat hollarda bemor o'limi bilan tugaydi.

o'tkir yurak etishmovchiligi rivojlanganda - nafas siqishi, akrotsianoz, taxikardiya, kichik qon aylanish doirasida dimlanish belgilari, ya'ni avval quruq, keyin pushti rang ko'pikli balg'am ajralishi bilan kechadigan yo'tal, nam xirillashlar, o'pka arteriyasi ustida II ton aksenti, yurak cho'qqisida va aorta ustida sistolik shovqin paydo bo'lishi kuzatiladi. Uning og'irlik (engil, o'rta va og'ir) darajasiga ko'ra ushbu belgilar bir oz yoki yaqqol namoyon bo'lishi mumkin;

tromboembolik asoratlar – MI ga olib kelgan asosiy sabab hamda u tufayli qon aylanishi buzilishi natijasida turli sohadagi qon tomirlarida (bosh miya, o'pka, buyrak, mezenterial va boshqa arteriyalarda) tromb hosil bo'lishi va shu a'zoda ishemiya va infarkt rivojlanishi mumkin;

tromboendokardit – holsizlik, ko'p terlash, turg'un, uzoq davom etuvchi taxikardiya va tana haroratining ko'tarilishi (antibiotiklar samara bermaydi), yurak cho'qqisida sistolik shovqin paydo bo'lishi hamda tromboembolik sindromlar bilan namoyon bo'ladi;

yurakni o'tkir va surunkali anevrizmasi uchun chap tomonda 3-4 qovurg'alar oralig'ida, yurak cho'qqi turtkisiga mos kelmaydigan perikardial pulsatsiya, uning chegaralarini kengayishi, yurak cho'qqisida I ton sustlashib sistolik shovqin paydo bo'lishi hamda o'pka arteriyasi ustida II ton aksenti, o'tkir yoki surunkali qon aylanishi etishmovchiligi belgilari paydo bo'lishi, tromboembolik sindrom, EKGda MI davrlariga xos dinamik o'zgarishlarning kuzatilmaslari (ST oralig'ining o'rta chiziqdan yuqorida saqlanib qolishi) xos. ExoKG o'tkazish tashhisni aniqlashda muxim ahamiyatga ega;

yurakning ichki va tashqi yorilishi, tashqi yorilishida bemorda to'satdan og'riq paydo bo'ladi, hushidan ketadi, pulsi va QB aniqlanmaydi, ko'z qorachig'i kengayadi, agonal nafas paydo bo'ladi, bo'yin tomirlari bo'rtib chiqadi, tananing bir qismida

ko'karadi va bu holat qisqa vaqt ichida o'lim bilan tugaydi. Ichki yorilish rivojlanganda bemorda dori vositalar yordamida bartaraf etib bo'lmaydigan kuchli og'riq, hansirash bilan bir qatorda, qisqa vaqt ichida o'ng qorincha etishmovchiligi belgilarining rivojlanishi kuzatiladi. Ob'ektiv ko'riqda yurak chegarasini o'ngga siljishi aniqlanadi, uning barcha eshitish nuqtalarida, epitsentri to'sh suyagining o'rtasida va chapda 4-5 qovurg'alar oralig'ida bo'lgan sistolik shovqin eshitiladi;

MI ning erta davrida yuqorida keltirilgan asoratlardan tashqari siydik ajralishining o'tkir buzilishi, oshqozon-ichak tizimida o'zgarishlar (o'tkir yaralar, qon ketish, parezlar) va ruhiy buzilishlar rivojlanishi mumkin. Ushbu asoratlar MI ning kechki davrlarida ham kuzatilishini UAV yodda tutishlari lozim. SHu bilan bir qatorda, kechki asoratlarga Dressler sindromi va SQAЕ ham kiradi.

dressler sindromi- kasallikning 2-8 haftalarida rivojlanib, plevrit, pnevmonit, perikardit belgilari bilan namoyon bo'ladi. SHuningdek, bemorlarda isitmalash, eozinofiliya, poliartrit, ECHT ning oshishi kuzatiladi. Bu asoratning asosida immun yallig'lanish jarayoni yotganligi sababli, davolashda asosiy guruh dori vositalari bilan bir qatorda kichik dozada prednizolon (15-20 mg.) va NYAQV qo'llash yaxshi samara beradi;

surunkali qon aylanish etishmovchiligi – bemorlarda kichik va katta qon aylanish doiralarida dimlanish belgilari bilan namoyon bo'ladi. Bu asorat to'g'risidagi ma'lumotlar «SHish sindromi va ularni qiyosiy tashhislash»ga bag'ishlangan ma'ruzada batafsil yoritilgan.

ADABIYOTLAR:

- 1.A.I.Мартынов, N.A.Muxin, V.S.Moiseev Vnutrennie bolezni, 2004
- 2.V.V.Ruksin Neotlojnaya kardiologiya, 2001
3. D.Morman, L.Xeller, Fiziologiya serdechno sosudistoy sistema, 2004
4. Elektronnaya meditsinskaya biblioteka: «Spravochnik prakticheskogo vracha»
5. Jeffrey Bender, Kerry Russell, Lynda Rosenfeld, Sabeen Chaudry-Oxford American Handbook of Cardiology, 2011
6. A.Zaza An introduction to cardiac electrophysiology
- 7.ABC of Interventional Cardiology - Ever D. Grech, 2004

8. Cardiovascular Disease in the Elderly - Wilbert S.Aronow, Jerome L.Fleg,

9. [www.vidal.ru /kardiologiya](http://www.vidal.ru/kardiologiya)

10.medlistok.com./infarct.asp

11.[health. mail.ru /disease/infarct/](http://health.mail.ru /disease/infarct/)

3-MA'RUZA MAVZUSI

ARTERIAL GIPERTENZIYA VA BOSH OG'RIG'I SINDROMI ARTERIAL GIPERTENZIYALARDA DIFFERENTIAL TASHXIS. PROFILAKTIKA. UASH TAKTIKASI

Ma'ruza rejasi

Talabalar soni -	Vaqt - 2 soat
O'quv mashg'uloti shakli	Ma'ruza – vizualizatsiya
Ma'ruza rejasi	Arterial gipertenziya sindromiga xos xususiyatlar Arterial gipertenziya sindromi bilan kechadigan asosiy kasalliklar Arterial gipertenziya sindromi bo'lgan kasalliklarni o'ziga xos kechishi Arterial gipertenziya sindromi bilan kechadigan kasalliklarni tashxislash UASH amaliyotida arterial gipertenziya sindromi bilan kechadigan kasalliklarni davolash, profilaktika, dispanserizatsiyasitamoyillari.
O'quv mashg'uloti maqsadi: talabalarni arterial gipertenziya sindromi bilan kechadigan kasalliklarni o'ziga xos kechishi bilan tanishtirish, tashxislash, davolash, profilaktika va dispanserizatsiya tamoyillarini o'rgatish.	
Pedagogik vazifalar: 1. Talabalarda arterial gipertenziya sindromi bilan kechadigan kasalliklar haqidagi bilimlarini mustaxkamlash va chuqurlashtirish 2. Talabalarni kasalliklarni zamonaviy tasnifga binoan to'g'ri tashxis qo'yishga o'rgatish	O'quv jarayoni natijalari: UASH bilishi shart: Arterial gipertenziya sindromiga xos xususiyatlar Arterial gipertenziya sindromi bilan kechadigan asosiy kasalliklar Arterial gipertenziya sindromi bo'lgan kasalliklarni o'ziga xos kechishi

3. Arterial gipertenziya sindromi bilan kechadigan kasalliklarni qiyoslama tashxislashni bilishga o'rgatish	Arterial gipertenziya sindromi bilan kechadigan kasalliklarni tashxislash
4. Talabalarni arterial gipertenziya sindromi bilan kechadigan kasalliklarni o'ziga xos kechishi bilan tanishtirish	UASH amaliyotida arterial gipertenziya sindromi bilan kechadigan kasalliklarni davolash, profilaktika,
5. Talabalarni UASH amaliyotida arterial gipertenziya sindromi bilan kechadigan bemorlarni olib borishga o'rgatish.	dispanserizatsiyasitamoyillari
O'rgatish uslubi	Ma'ruzalar matni, videofilmlar, so'rovnomalar, savollar, "xa-yo'q" texnikasi
O'rgatish shakli	Lazer proektor, vizual anjomlar, maxsus texnik qurollar, tematik bemorlar ko'rsatish, bemorlar rentgen suratlari
O'rgatish vositalari	Jamo'a
O'quv jarayoni o'tkazish sharoitlari	Auditor zali

Tayanch so'zlar va iboralar: arterial gipertenziya sindromi, AG, GB, davolash

MA'RUZA MATNI

Arterial gipertenziya (AG) barcha ixtisoslikdagi vrachlarning amaliy faoliyatida tez-tez uchraydigan sindrom hisoblanadi. So'nggi yillardagi ma'lumotlarga ko'ra, jahonda 20 yoshdan oshgan aholining 27% ga yaqinida AG kuzatiladi. Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti (JSST) ekspertlari xulosalariga ko'ra, 2025 yilga kelib bu ko'rsatgich 29% ni tashkil etib, bemorlar soni 1 mlrd. 56 mln. ga etadi.

O'zbekistonda qon bosimini (QB) oshishi barcha aholining 13-15% da, 40-59 yoshdagilarida esa 26,6% hollarda qayd etilgan. 20-60 yoshdagi shahar aholisining 11,3% erkaklarida va 16,6% ayollarida QB ko'tarilishi aniqlangan. Qishloq joylarida

bu ko'rsatkichlar tegishli 12,6% va 14,7% ni tashkil etadi. Kafedramiz xodimlari tomonidan Toshkent shahrida tug'ish yoshidagi ayollarda o'tkazilgan maqsadli tekshiruv ularning 6,4% ida yumshoq va o'rtacha, 4,8% ida esa me'yor darajasida ko'tarilgan AG borligini ko'rsatdi. Ulardan faqat 54% o'zlarida QB oshib turishini bilganlar. SHunisi tashvishliki, ushbu bemorlardan atigi 11,6% muntazam, 38,7% vaqti-vaqti bilan gipotenziv dori vositalarini qabul qilgan, 49,8% esa umuman davolanmagan. Boshqa mualliflarning ma'lumotlari bu ko'rsatkichlarning so'ngisi yanada yuqori ekanligini ko'rsatadi.

So'nggi yillarda AG epidemiologiyasi, patogenezidan tortib, yangi va keng ta'sir doirasiga ega bo'lgan dori vositalarini ishlab chiqishga qadar bo'lgan muammolar chuqur o'rganilmoqda. QB ko'tarilishining patogenezini, klassifikatsiyasi va uning turli shakllarini davolash choralari to'g'risidagi eski tushunchalar taftish qilinib, buning natijasida u yoki bu dolzarb muammolar to'g'risida yangi fikrlar paydo bo'lmoqda. Bu hol umumiy amaliyot vrachidan (UAV) keng tarqalgan ushbu sindrom to'g'risida chuqur, zamonaviy bilimlarga ega bo'lishni taqozo etadi. AG sindromi deganda QB ning barqaror oshishi bilan kechadigan barcha patologik holatlar nazarda tutiladi. Simptomatik arterial gipertenziyada (SAG) QB ko'tarilishi ko'pgina kasalliklarning asosiy belgilaridan biri bo'lsa, gipertoniya kasalligida (GK) esa aksariyat hollarda kasallikning yagona klinik belgisi sifatida namoyon bo'ladi. Bemor oilaviy poliklinika (OP) yoki qishloq vrachlik punktiga (QVP) murojaat qilganda hamda aholi tibbiy ko'rikdan o'tkazilayotganda, sanatoriya-kurort kartalari to'ldirilayotganda va boshqa qator hollarda UAV tomonidan birinchi marta bemorning QB oshganligi aniqlanadi.

AG mavjudligini tasdiqlovchi asosiy mezon QB ni tegishli yoshga nisbatan ko'tarilishi hisoblanib, uning 18 yoshdan katta bo'lgan bemorlar uchun ko'rsatkichlari quyidagicha:

- sistolik AD >140 mm. simob ustuni;
- diastolik > 90 mm. simob ustuni.

QB tinch holatda, bemor 5 daqiqa dam olgandan (agar undan oldin jismoniy yoki ruhiy zo'riqish holatlari kuzatilgan bo'lsa 15-30 daqiqadan) so'ng o'lchanadi. O'lchash vaqtida bemor o'ziga qulay holatda, qo'llarini stol ustiga cho'zib o'tirgan yoki to'shakda yotgan bo'lishi lozim. Tanometr manjeti elka oldi sohasiga, ya'ni tirsak bo'g'imidan 2 sm. yuqoriga o'ralib yurak satxiga to'g'ri kelishi kerak. QBni o'lchashdan oldin tekshirilayotgan kishi 1 soat davomida achchiq choy, qaxva ichmasligi, 30 daqiqa davomida sigaret va nosvoy chekmasligi, shuningdek simpatomimetik vositalar ham (shu jumladan, burun ichiga va ko'zga tomiziladigan)

qabul qilmasliklari zarur. Bosimni o'lchashdan oldin manometr strelkasi 0 da turishi va eng kamida 1-2 daqiqalik tanaffus bilan 2 marta o'lchanishi lozim. Mabodo ko'rsatkichlar bir-biridan katta farq qilsa, QB 3 va 4 marotaba o'lchanadi. AGga chalingan bemor birinchi marta UAVga murojaat qilganda bosimni har ikkala qo'lda, agar bemor yoshi 30 dan kichik bo'lsa oyoqlarida ham o'lchash zarur. Oyoqlarda bosimni o'lchash uchun tanometrning keng manjetkasi tizza bo'g'imidan yuqoriga o'raladi va fonendoskop tizza osti chuqurchasiga qo'yib, tonlar aniqlanadi. QB ko'rsatkichlariga turli omillar (bemor holati, QB o'lchangan sharoit, atrof-muhit, ob-havo va boshqalar) ta'sir qilishini inobatga olgan holda, AG aniqlangan bemor bosimi yuqori ko'rsatkichlarda bo'lsa, hafta davomida bir necha marta, yumshoq va me'yordarajasida ko'tarilganda esa 3-6 oy davomida kuzatish maqsadga muvofiqdir.

Sog'liqni saqlash tizimining birlamchi bo'g'inida ishlayotgan vrachlar bemorda yuqori QB aniqlangan barcha holatlarda SAG bo'lishi ehtimoli haqida o'ylashlari lozim. Chunki bemorlarni zarur tegishli laboratoriya va asbobiy tekshiruvlarga yuborish hamda muvaffaqiyatli davolash uning o'z vaqtida aniqlanishi bilan uzviy bog'liqdir.

QB ko'rsatkichlari yurakni qon otib berishi va umumiy periferik qon tomirlar qarshiligi o'rtasidagi o'zaro nisbat bilan belgilanadi. Unda ko'p sonli o'zaro uzviy bog'langan pressor va depressor hamda qator boshqa omillar (oliy nerv markazlari, endokrin a'zolar, yurak, buyraklar, arteriyalarning tuzilishidagi o'zgarishlar, hajm ko'rsatkichlari va qonning reologik xossalari va boshqalar) qatnashadi. AG ga tashhis qo'yishda va uni davolash mezonlarini tanlashda UAV kasallikning mavjud turli xil klassifikatsiyalari to'g'risidagi ma'lumotlarga ega bo'lishi lozim. Ularning turli mualliflar tomonidan taklif etilganligi va har xil talqin qilinishi AG bosqichlari, og'ir-engillik darajasi hamda kechishini aniqlashda qator murakkabliklarni vujudga keltiradi va monand davo choralarini tanlashni hamda statistik hisobotlarni qiyinlashtiradi. Hozirgi vaqtda uchta yo'nalishda: QB darajasi, mo'ljal a'zolarining zararlanishi va kasallik etiologiyasi bo'yicha tuzilgan klassifikatsiyalardan foydalanish tavsiya etiladi. Ular 1-3 jadvallarda keltirilgan.

1-jadval

Qon bosimi darajasiga ko'ra arterial gipertenziyaning klassifikatsiyasi
(ESH/ESC, 2007)

Qon bosimi ko'rsatkichi	QB, mm.sim.ust.	
	SQB	DQB
Optimal	< 120	< 80
Me'yorida	120-129	80-84
YUqori me'yorda	130-139	85-89
AG I daraja	140-159	90-99
AG II daraja	160-179	100-109
AG III daraja	≥ 180	≥ 110
Yakkalangan sistolik AG	≥ 140	< 90

Izoh: agar sistolik va diastolik QB ko'rsatkichlari turli toifalarda bo'lsa, uni baholashda yuqori ko'rsatkichga asoslaniladi. Masalan: QB = 140/100 mm.sim.ust. da bo'lsa, AG II daraja hisoblanadi.

AG ning og'ir-engilligi, belgilari va asoratlarning rivojlanish darajasiga ko'ra yuqorida qayd etilmagan yaxshi sifatli (sekin-asta rivojlanib boruvchi) va yomon sifatli shakllari ham farqlanadi. SHuningdek, "sklerotik gipertoniya" degan (1-jadval) tushuncha ham mavjud bo'lib, bunda sistolik QB >140 va undan yuqori, diastolik esa 90 mm.sim. ustunida va undan past ko'rsatkichlarda bo'ladi.

O'tkazilgan tadqiqotlar AG shakllanishida bir qator omillarning ahamiyatga ega ekanligini ko'rsatmoqda. SHu sababli UAV bemorlarning hayot va kasallik tarixini o'rganganda Evropa kardiologiya va Evropa gipertoniya jamiyatlarining ekspertlari tavsiyalariga (2007) hamda mintaqamiz xususiyatlarini inobatga olgan holda GK rivojlanishida muhim ahamiyatga ega bo'lgan quyidagi xavf omillariga alohida e'tibor qaratishlari lozim:

sistolik va diastolik QB ko'rsatkichlari;

puls bosimi ko'rsatkichlari (qariyalarda);

bemor yoshi (ayollar 65 yoshdan, erkaklar 55 yoshdan katta);

chekish;

dislipidemiya (umumiy xolesterin 5 mmol/l. dan yuqori, past zichlikdagi lipoproteidlar (PZLP)> 3 mmol/l, yuqori zichlikdagi lipoproteidlar (YUZLP)< 1 mmol/l, triglitseridlar 1,7 mmol/l. dan ko‘p);

bemorda va uning ota-onasida qandli diabet (QD) kasalligining borligi (qonda glyukoza miqdorining 5,6–6,9 mmol/l. dan ko‘p bo‘lishi, glyukozaga tolerantlik sinamasining musbatligi);

AG va boshqa yurak qon-tomir kasalliklariga nasliy moyillik;

semizlik (bel aylanasi erkaklarda 102 sm, ayollarda 88 sm. dan ortiq bo‘lishi);

atrof-muhit ta’siri;

ovqatlanish xususiyatlari;

jismoniy faollik darajasi;

shaxsiy xususiyatlari;

kasbi;

ijtimoiy ahvoli.

2-jadval

Gipertoniya kasalligining nishon a’zolar zararlanishi darajasiga ko‘ra klassifikatsiyasi (JSST 1996)

I bosqich	Nishon a’zolar zararlanishi belgilari yo‘q.
II bosqich	Nishon a’zolar zararlangan ammo ularning funksional holati buzilmagan: yurak- chap qorincha gipertrofiyasi belgilari (rentgenografiya, EKG–Sokolov-Layon indeksi 38 mm.dan yuqori, ExoKG– chap qorincha miokardi og‘irlik indeksi erkaklarda > 125 g/m ² , ayollarda > 110 g/m ²) ko‘z-uning tubi arteriyalarini tarqalgan yoki chegaralangan torayishi

	<p>buyrak-mikroalbuminuriya (kuniga 30-300 mg.gacha, proteinuriya va/yoki qonda kreatinin miqdorining bir oz oshishi (erkaklarda 115-133 mkmol/l, ayollarda 107-124 mkmol/l))</p> <p>qon tomirlar - aterosklerotik pilakcha borligi to'g'risida ultratovush yoki radiologik ma'lumotlar (aorta, uyku, yonbosh yoki son arteriyalari) hamda bo'yin tomirlarining qalinlashishi</p>
III bosqich	<p>Nishon a'zolar zararlangan hamda ularning funksional holati buzilgan:</p> <p>yurak - stenokardiya, miokard infarkti, yurak etishmovchiligi</p> <p>bosh miya - qon aylanishining o'tkir va o'tib ketuvchi buzilishlari, ensefalopatiya, tomir demensiyalari</p> <p>buyraklar - plazmada kreatinin miqdori 177 mkmol/l. dan yuqori, buyrak etishmovchiligi (koptokchalar filtratsiyasi < 60 ml bir daqiqada)</p> <p>ko'z tubi - gemorragiya, ko'ruv nervi so'rg'ichi shishi yoki shishsiz ekssudatsiya hamda atrofiya</p> <p>qon tomirlar - qavatlanuvchi aorta anevrizmasi, klinik ko'rinishlar bilan kechuvchi arteriyalarning okklyuzion zararlanishi</p>

4-jadval

Arterial gipertenziyaga chalingan bemorlarda kasallik kechishi prognozini aniqlash xavf stratifikatsiyasi

Boshqa xavf omillari, nishon a'zolarining zararlanishi va assotsiyalangan klinik holatlar	Me'yorida gi QB	YUqori me'yordagi QB	AG (yumshoq)	AG (o'rtacha)	AG (og'ir)
	Sistolik 120-129	Sistolik 130-139	1 daraja	2 daraja	3 daraja
	Diastolik 80-84	Diastolik 85-89	Sistolik 140-159	Sistolik 160-179	Sistolik > 180
			Diastolik 90-99	Diastolik 100-109	Diastolik > 110

Xavf omillari yo‘q	Odatdagi xavf	Odatdagi xavf	Past qo‘shimcha xavf	O‘rtacha qo‘shimcha xavf	YUqori qo‘shimcha xavf
1-2 xavf omili	Past qo‘shimcha xavf	Past qo‘shimcha xavf	O‘rtacha qo‘shimcha xavf	O‘rtacha qo‘shimcha xavf	O‘ta yuqori qo‘shimcha xavf
3ta xavf omili va metabolik sindrom yoki nishona‘zolarining zararlanishi yoxud QD	O‘rtacha qo‘shimcha xavf	YUqori qo‘shimcha xavf	YUqori qo‘shimcha xavf	YUqori qo‘shimcha xavf	O‘ta yuqori qo‘shimcha xavf
Assotsiyalangan klinik holatlar *	O‘ta yuqori qo‘shimcha xavf	O‘ta yuqori qo‘shimcha xavf	O‘ta yuqori qo‘shimcha xavf	O‘ta yuqori qo‘shimcha xavf	O‘ta yuqori qo‘shimcha xavf

*Assotsiyalangan klinik holatlar deganda bemorda bosh miya va qon- tomir (miyaga qon quyilishi, ishemik insult, tranzitor ishemik xuruj), yurak (MI, stenokardiya, koronar revaskulyarizatsiya, SYUE), buyrak (diabetik nefropatiya, buyrak etishmovchiligi), periferik tomir kasalliklari (aortaning qavatlanuvchi anevrizmasi, periferik arteriyalarning shikastlanish belgilari) va og‘ir retinopatiyalar (ko‘z tubida qon quyilishi yoki eksudatlar, ko‘ruv nervi so‘rg‘ichi shishi) tushuniladi.

YUqoridagilar orasida muhim ahamiyatga ega bo‘lganlaridan biri nasliy moyillikdir. CHunonchi, ota-onalaridan birida AG mavjud bo‘lsa, ushbu xastalikning kelajakda bolada paydo bo‘lish ehtimoli 25%, ikkalasi ham kasal bo‘lgan holda esa bu ko‘rsatkich 50% gacha etadi. AGga chalingan bemorlarda Evropa kardiologiya va Evropa gipertoniya jamiyatlarining ekspertlari tomonidan tavsiya etilgan (2007) yurak qon-tomir kasalliklari rivojlanishida xavf omillari darajasi 4-jadvalda keltirilgan. Ushbu jadval yordamida bemorda yaqin 10 yil ichida kuzatilishi mumkin bo‘lgan o‘limga olib keluvchi yoki olib kelmaydigan asoratlarni bashorat (prognoz) qilish mumkin. Xavf omillari to‘rtta darajaga bo‘lingan bo‘lib, (past qo‘shimcha, o‘rtacha qo‘shimcha, yuqori qo‘shimcha va o‘ta yuqori qo‘shimcha) ular oshgan sari AG bilan

kasallangan bemorlarda yomon oqibatlar olib keluvchi asoratlar ko'proq uchraydi. Tegishli ravishda past, o'rtacha, yuqori va o'ta yuqori qo'shimcha xavf omillari mavjud bo'lgan bemorlar doimo UAV nazoratida bo'lishlari va ehtiyoj tug'ilganda shifoxonada davolanishga hamda kardiolog maslahatiga yuborilishlari lozim. UAV bemorda AB ning oshganligini ishonchli dalillar bilan tasdiqlagandan so'ng qanday tamoyilga amal qilishi lozim degan savol tug'iladi. Mantiq jihatdan eng ma'quli SAG ni imkon boricha tezroq istisno qilishdir. Buni ko'p sonli laboratoriya asbobiy tekshirishlarni talab etmaydigan, xos klinik belgilarni aniqlash, buni iloji bo'lmagan taqdirda esa (ko'pincha shunday bo'lib chiqadi) qiyosiy tashxislash yo'li bilan amalga oshirish lozim. Demak "GK" tashxisi simptomatik AG ni istisno qilish yo'li bilan tasdiqlanadi.

ADABIYOTLAR

1. A.I. Мартынов, N.A. Мухин, V.S. Моисеев Внутренние болезни, 2004
2. V.V. Ruksin Neotlojnaya kardiologiya, 2001
3. Vserossiyskoe Nauchnoe Obshchestvo Kardiologov. Profilaktika, diagnostika i lechenie arterialnoy gipertenzii. Rekomendatsii, 2011
4. D. Morman, L. Xeller, Fiziologiya serdechno sosudistoy sistemy, 2004
5. Elektronnyaya meditsinskaya biblioteka: «Spravochnik prakticheskogo vracha»
6. ABC of Interventional Cardiology - Ever D. Grech, 2004
7. Cardiovascular Disease in the Elderly - Wilbert S. Aronow, Jerome L. Fleg,
8. www.gypertonia.com/...ag-prichiny
9. [www.Medlinks.ru / article](http://www.Medlinks.ru/article)
10. www.kardiologia.poliklinica.ru

4-MA'RUZA MAVZUSI

BRONXOOSTRUKTIV SINDROM

BRONXOOSTRUKTIV SINDROMDA DIFFERENTIAL TASHXIS. PROFILAKTIKA. UASH TAKTIKASI. BALG'AMLI YUTAL VA QON TUFLASH SINDROMI. BALG'AMLI YO'TAL VA QON TUFLASH SINDROMINI QIESIY TASHXISLASH. PROFILAKTIKA. UASH TAKTIKASI

Ma'ruza rejasi

Talabalar soni -	Vaqt - 2 soat
O'quv mashg'uloti shakli	Ma'ruza – vizualizatsiya
Ma'ruza rejasi	Bronxoobstruktiv sindromiga xos xususiyatlar Bronxoobstruktiv sindrom bilan kechadigan asosiy kasalliklar Bronxoobstruktiv sindrom bo'lgan kasalliklarni o'ziga xos kechishi Bronxoobstruktiv sindrom bilan kechadigan kasalliklarni tashxislash UASH amaliyotida Bronxoobstruktiv sindrom bilan kechadigan kasalliklarni davolash, profilaktika, dispanserizatsiya tamoyillari.
O'quv mashg'uloti maqsadi: talabalarni bronxoobstruktiv sindrom bilan kechadigan kasalliklarni o'ziga xos kechishi bilan tanishtirish, tashxislash, davolash, profilaktika va dispanserizatsiya tamoyillarini o'rgatish.	
Pedagogik vazifalar: 1. Talabalarda bronxoobstruktiv sindrom bilan kechadigan kasalliklar haqidagi bilimlarini mustaxkamlash va chuqurlashtirish	O'quv jarayoni natijalari: UAV bilishi shart: Bronxoobstruktiv sindromiga xos xususiyatlar Bronxoobstruktiv sindrom bilan kechadigan asosiy kasalliklar

2. Talabalarni kasalliklarni zamonaviy tasnifga binoan to'g'ri tashxis qo'yishga o'rgatish	Bronxoobstruktiv sindrom bo'lgan kasalliklarni o'ziga xos kechishi
3. Bronxoobstruktiv sindrom bilan kechadigan kasalliklarni qiyoslama tashxislashni bilishga o'rgatish	Bronxoobstruktiv bilan kechadigan kasalliklarni tashxislash
4. Talabalarni Bronxoobstruktiv bilan kechadigan kasalliklarni o'ziga xos kechishi bilan tanishtirish	UASH amaliyotida bronxoobstruktiv sindrom bilan kechadigan kasalliklarni davolash, profilaktika, dispanserizatsiyasitamoyillari
5. Talabalarni UASH amaliyotida Bronxoobstruktiv sindrom bilan kechadigan bemorlarni olib borishga o'rgatish.	
O'rgatish uslubi	Ma'ruzalar matni, videofilmlar, so'rovnomalar, savollar, "xa-yo'q" texnikasi
O'rgatish shakli	Lazer proektor, vizual anjomlar, maxsus texnik qurollar, tematik bemorlar ko'rsatish, bemorlar rentgen suratlari
O'rgatish vositalari	Jamoa
O'quv jarayoni o'tkazish sharoitlari	Auditor zali

Tayanch so'zlarva iboralar:Bronxoobstruktiv sindromi,infeksion, noinfeksion, prfilaktika,davolash

MA'RUZA MATNI

Nafas olish xarakteri, qo'rquv va bezovtalik shuningdek oshuvchi jismoniy faoliyatga tegishli bo'lgan sharoitlarda metabolik ehtiyojlarning ortishi xollarda o'pkalarning ventiliyasiyasi kengayadigan bir qator yuqori markaziy va periferik

mexanizmlar bilan nazorat qilinadi. Sogʻlom odam, nafas olish harakatining qanday amalga oshirilayotganini tinch holatda sezmaydi. Oʻrtacha jismoniy kuchda, u faol nafas olayotganini, biroq unga diskomfort tugʻdirmayotganligini sezishi mumkin. SHu vaqtda, toliqtiruvchi qizgʻin ishdan soʻng, odam tez va ogʻir nafas olayotganini nohushlik sezib xayron boʻladi. SHunga qaramay, bajarilgan ish bilan bogʻliqligi sababli shu kabi xis tuygʻu vaqt oʻtishi bilan oʻtib ketadi degan hayol uni tinchlantiradi. SHu yoʻl bilan nafas olish va qon aylanishi buzilganda boʻlgʻusi kasalliklarning kardinal alomati boʻlib oʻzining nafas olishini sezishga diskomfort tugʻdiruvchi patologik nafas qisishni aniqlash mumkin.

Nafas qisish kasallik boʻlib hisoblanmasada, u ogʻriq kabi idrok qilinadi va bu idrokka reaksiya beradi. Nafas qisish, bemorda bir qator noxush tuygʻular bilan kuzatilishi mumkin. Uni taʼriflash uchun u yanada xilma xil “havo etmayapti”, “havo oʻpkalarni oxirigacha toʻldirmayapti”, “boʻgʻilishni xis qilish”, “koʻkrakda siqilishni sezilishi”, “koʻkrakda charchoqni sezilishi” kabi soʻzlarni ishlatishi mumkin. SHuning uchun bemorda nafas qisish borligini aniqlash uchun anamnez maʼlumotlarni yaxshilab taxlil qilish va u nafas qisishni taʼriflashi yordamida eng koʻp tushunarsiz va noaniq shikoyatlarni aniqlash zarur. Bemorda nafas qisishi borligi tasdiqlangandan soʻng, uning paydo boʻlish sharoitini, shuningdek uni birga keladigan alomatlarini faqulotda aniqlash muhim. SHunday holatlar boʻladiki, haqiqatda nafas olish qiyin boʻladi, lekin bunda nafas qisish sodir boʻlmaydi. Masalan, giperventilyasiya metabolik atsidozga javoban kamdan kam nafas qisish bilan kuzatiladi. Boshqa tarafdin tashqi tinch nafas oluvchi bemorlar havo etishmasligiga shikoyat qilishlari mumkin.

Nafas qisishning miqdoriy bahosi

Nafas qisishi ogʻirligini baholash uchun, bu sezgi yuzaga kelishi uchun sarflanishi zarur boʻlgan jismoniy zoʻriqish oʻlchamidan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Kundalik praktikada, oʻpka va yurak kasalliklari bilan kasallangan bemorlar xolatining funksional klassifikatsiyasi, asosan, jismoniy zoʻriqish darajasi bilan nafas qisishini aniqlash kabi kriteriyalarga asoslangan. Biroq, nafas qisishi ogʻirligini ifodalanishini) belgilashda, bemorning umumiy jismoniy xolati, uning kasbi va odatda bajaradigan jismoniy mehnati va dam olishi toʻgʻrisida toʻliq tasavvurga ega boʻlishi kerak. Masalan, jami 2 mil (3.2.km) yugurgan, mashq qilgan yuguruvchida nafas qisishining paydo boʻlishi, shu masofaning atigi bir qismini bosib oʻtgan kam xarakterli hayot tarzini olib boruvchi odamning nafas qisishi rivojlanishiga nisbatan unda jiddiy kasallik mavjudligidan dalolat beradi. Oʻpka va yurak kasalliklari bilan kasallangan baʼzi bemorlarda, yurak va oʻpka funksiyalarining ogʻir buzilishiga qaramay, ulardagi nafas qisishini aniqlashga xalaqit beradigan, ularning harakatini qiyinlashtiradigan tos suyagi bilan son suyagini tutashtiradigan boʻgʻin yoki tizza

bo'g'inini og'ir osteoartriti yoki periferik tomirlarning etishmovchiligi kabi boshqa buzilishlar ham mavjud bo'ladi.

Nafas qisishining ba'zi turlari jismoniy zo'riqishlar bilan bevosita bog'liq bo'lmaydi. Tinch xolatda nafas qisishining to'satdan va kutilmaganda paydo bo'lishi, o'pka tomirlarining emboliyasi, o'z-o'zidan yuz beradigan pnevmotoraks yoki qattiq hayajonlanish natijasida bo'lishi mumkin. Tungi vaqtdagi og'ir paroksizmal nafas qisishi chap oshqozon etishmovchiligiga xosdir. Nafas qisishining paydo bo'lishi, asosan, odatda sust yurak etishmovchiligi bilan bog'liq bo'lib, bemor chalqanchi xolda yotib ortopnoz qabul qilganda, hamda bronxial astma kasali va nafas yo'llari surunkali obstruksiyasi bo'lgan bemorlarda paydo bo'ladi va diafragmaning ikki tomonlama falajida ko'p bo'ladigan simptomdir. "Trepopnoz" termini, chap va o'ng yonboshda yotgan holda nafas qisishi paydo bo'lishi kabi noodatiy xolatlarni tasvirash uchun ishlatiladi. Ko'pincha bu xolat yurak kasalligi bor bemorlarda uchraydi. Agar nafas qisishi vertikal xolatda paydo bo'lsa, unda "platipnoz" terminidan foydalaniladi. Nafas qisishining oxirgi ikki varianti bemorni mukammalroq tekshirishni talab etadi, lekin ularning ikkisi ham, ventilyasion-perfuzion o'zaro bog'lanishlarning pozitsion o'zgarishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Nafas qisishi mexanizmlari

Odatda shifokorlar, nafas qisishining paydo bo'lishi, nafas yo'llari obstruksiyasi yoki sust yurak etishmovchiligi kabilar bilan bog'laydilar va ular nafas qisishi mexanizmini bilib olingan deb hisoblab, diagnostik tekshiruvlarni davom etmoqdalar va (yoki) davolashni boshlashga urinmoqdalar. Aslida esa, nafas qisishining haqiqiy mexanizmi, o'z tadqiqotchilarini kutmoqda.

Nafas qisishi, har gal nafas olish faoliyatining xaddan tashqari oshib ketishida paydo bo'ladi. Nafas yo'llarida havo o'tishiga qarshilik ko'rsatish kuchaysa yoki ko'krak qafasi yoki o'pka uzatib berishni yo'qotgan ahvolda bo'lsa, nafas olish hajmining zarur bo'lgan o'zgarishini ta'minlash uchun, nafas olish muskulaturisini qisqartirish kuchini oshirish talab etiladi. O'pka ventilyasiyasi organizm ehtiyojidan oshib ketgan xollarda nafas olish faoliyati ham oshadi. Nafas olish faoliyatining oshishi, nafas qisishi rivojlanishi nazariyasining eng muhim elementlaridan hisoblanadi. Bunda, normal mexanik nagruzka bilan chuqur nafas olish va oshgan mexanik nagruzka bilan oddiy nafas olish o'rtasidagi farqni ahamiyatsiz deb hisoblaydilar. Nafas olishning ikkala variantida ham nafas olish faoliyati o'lchami bir xil bo'lishi mumkin, lekin aynan hajmi bo'yicha normal bo'lgan oshgan mexanik

nagruzka bilan chuqur nafas olish, katta diskomfort bilan uyg'unlashadi. So'nggi tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, mexanik nagruzkaning oshishi, masalan, og'iz bo'shlig'i darajasida nafas olishga qo'shimcha qarshilik paydo bo'lganda, nafas olish markazi faolligi oshishi yuz beradi. Ammo bu nafas olish markazi faolligi oshishi, nafas olish faolligining oshishiga mos kelmasligi mumkin. SHunday ekan, nafas olish mushaklarining zo'riqishi va shikastlanishiga to'g'ri kelmasligi, nafas qisishi rivojlanishining negizida yotishidan kelib chiqib, ko'proq jalb etuvchi nazariya hisoblanadi.

Campbell diskomfort tuyg'usi - mushaklar zo'riqishini nazorat qiluvchi urchiqsimon asab tolasining tortishishi mushak uzunligiga muvofiq bo'lmaganida paydo bo'ladi degan taklifni berdi. Bu nomuvofiqlik, insonda shunday his tuyg'uni paydo bo'lishiga olib keldiki, ular tomonidan bajariluvchi nafas olish, nafas olish mushaklari tomonidan hosil bo'luvchi zo'riqish bilan taqqoslash bo'yicha kam. Bunday nazariyani tekshirish mushkul. Hattoki agar ma'lum sharoitlarda u o'rganilgan va tasdiqlangan bo'lsa ham uning yordamida bemor nimaga to'liq falajlanganligi yoki orqa miyaning kesishuvi oqibatida yoki neyromushak blokadasida nafas qisish tuyg'usini xis qiladi, unga o'pkaning yordamchi mexanik ventilyasiyasi olib borilayotganligiga qaramasdan tushuntirish mumkin emas. Bunday holda nafas qisish tuyg'usining paydo bo'lishi sababi bo'lib o'pka va MNT ga chalg'ituvchi asab bo'yicha nafas yo'llaridan kelib tushuvchi impulslar hisoblanadi.

Nafas qisish rivojlanuvchi turli klinik holatlarda mexanizmlarning barcha o'xshashliklarida u yoki bu tashkil etadi. Ehtimol, ayrim holatlarda nafas qisish yuqori nafas yo'llari retseptorlarining qo'zg'atilish natijasi, boshqa sharoitlarda - o'pka retseptorlarining, kichik diametrli nafas yo'llarining, nafas olish mushaklarini qo'zg'atilishi yoki shu tuzilmalarning bir nechta retseptorlarining qo'zg'atilishi bo'lib hisoblanadi. Har qanday holatda nafas qisish, uzunchiq miyada joylashgan nafas olish markazining patologik va haddan tashqari aktivatsiyasi bilan xarakterlanadi. Bu aktivatsiyaga ko'p yo'llar orqali turli tizimlardan keluvchi ko'tariluvchi impulsatsiyaga 1- ko'krak ichi vagusli retseptorlari, 2- ko'krak devori va nafas olish mushaklaridan shuningdek boshqa skelet mushaklari va bo'g'imlardan chiquvchi afferentli somatik asablar, 3- miyaning xemoretseptorlari, aorta va karotidli tanachalar, qon aylanish tizimining boshqa bo'limlari, 4- yuqori markazlar, 5- diafragmal asablarning afferentli tolalari olib keladi. Umuman aytganda, og'ir nafas olish va uni chaqiruvchi nafas olish funksiyalarining buzilishlari va qon aylanishi o'rtasida deyarli kuchli korrelyasiya mavjud.

Differensial tashxis

Nafas olish yo'llarining obstruktiv shikastlanishi.

Buzilishning sababi havoning nafas yo'llari bo'ylab o'tishi turli darajada lokalizatsiya bo'lishi mumkin. O'pkalar periferiyasida joylashgan ekstratorakal yirikdan to mayda nafas yo'llarigacha. Yirik ko'krakdan tashqari nafas yo'llarining obstruksiyasi o'tkir. Masalan, ovqat yoki qandaydir begona tananing aspiratsiyasida, shuningdek ovoz tirqishi angionevrotik shishida rivojlanishi mumkin. Qo'shimcha dalillar yoki guvohlarning tasdig'i shifokorga begona tana aspiratsiyasiga shubhalanishga imkon beradi, anamnezda allergiyaga ko'rsatmalarda esa bemorning tanasi bo'ylab sochib tashlangan toshma elementlari ko'rinishida eshak emi ovoz tirqishi shishi rivojlanishi ehtimolini tasdiqlaydi. YUqori nafas yo'llarining o'tkir obstruktiv shakllari tibbiyotning shoshilinch sohasiga kiradi. Sekin asta o'suvchi obstruksiyaning surunkali shakli, shish oldidan yoki fibroz stenoz oldidan joy olishi mumkin. Nafas yo'llarining o'tkir ko'rinishi obstruksiyasi qanday bo'lsa surunkali obstruksiyada ham nafas qisish asosiy alomat hisoblanadi, xarakterli belgilari bo'lib esa – nafas olganda elka osti atrofida tortishish va stridor hisoblanadi.

Ichki ko'krak nafas yo'llarining obstruksiyasi – o'tkir va keyin esa retsivlanishi yoki respirator infeksiyalarda kuchayishi, asta zo'rayishida paydo bo'lishi mumkin. Xushtakli xurrak bilan kuzatiluvchi vaqti-vaqti bilan o'tkir paydo bo'luvchi obstruksiya o'zida aniq astmani aks ettiradi. Balg'am ajralish bilan surunkali yo'tal aniq surunkali bronxit va bronxoektazdir. Surunkali bronxitda uzoq vaqt balg'amning ajralishi ko'pincha generallashtirilgan qo'pol xurrak bilan uyg'unlashadi, bronxoektazlarda sa xurraklar o'pkalarning ayrim chegaralangan uchastkalarida eshitiladi. Interkurrent infeksiyalar yo'talni og'irlashishiga, ajraluvchi yiringli balg'amlar miqdorining ko'payishiga, nafas qisishining kuchayishiga olib keladi.

Bunda bemor hushtaksimon nafas bilan davom etadigan nafas qisishning tungi paroksizmiga shikoyat qilishi mumkin. Yo'tal va balg'amni tupirib tashlash ahvolni engillashtiradi.

Jismoniy zo'riqishda tinch holatdagi nafas qisishiga o'tuvchi ko'p yillik nafas qisishi, keng o'pka emfizemali bemorlar uchun xosdir.

O'pkaning diffuziya parenxpmatoz kasalliklari. Ushbu toifa o'tkir pnevmoniyadan boshlab, sarkoidoz va pnevmokoniozning turli shakllaridek o'pkaning surunkali shikastlanishigacha bir qator kasalliklarni o'z ichiga oladi. Rentgenologik aniqlangan fizikal tekshiruv va o'zgarishlarning anamnez ma'lumotlari, ko'pincha tashhis

qo'yishga imkon beradi. Bunday bemorlarda ko'pincha taxipnoz kuzatiladi, arterial qonning R_{CO_2} va R_{O_2} darajasi esa, normal miqdordan past. Jismoniy faollik ko'pincha R_{O_2} ning kelgusida pasayishiga olib keladi. O'pka hajmlari kichraygan: o'pka me'yordan ancha qattiqlashadi, ya'ni elastikligini yo'qotadi.

O'pka tomirlarining okklyuzik kasalliklari. Nafas qisishining tinch holatda yuzaga keluvchi takroriy epizodlari, ko'pincha o'pka tomirlarining retsidiv emboliyalarida uchraydi. Oyoq yoki tos bog'lami flebitidek, emboliyaning bunday manbasi, ko'pincha vrachga ushbu tashhisni gumon qilishga yordam beradi. Bunda arterial qonning gaz tarkibi amalda doim normadan chetga chiqadi, vaholanki, o'pka hajmlari odatda normal yoki juda bo'lmaganda o'zgargan.

Ko'krak qafasi yoki nafas mushaklari kasalliklari. Fizikal tekshiruv, xavfli kifoskolioz, voronkasimon ko'krak qafasi yoki spondilitdek buzilishlarni aniqlashga imkon beradi. Garchi, ko'krak qafasining ushbu deformatsiyasining har birida nafas qisishining paydo bo'lishini kuzatish mumkin, faqatgina xavfli kifoskolioz shu qadar ifodalangan o'pka ventilyasiyasining buzilishiga olib keladiki, hatto surunkali o'pka yurak va nafas etishmovchiligi rivojlanadi. Hattoki, voronkasimon ko'krak qafasida ham, hayotiy sig'im va boshqa o'pka hajmlari, hamda nafas yo'llari bo'yicha havo o'tishi buzilmaydi, shunday bo'lsada, ko'krak suyagi orqasiga siljitgan yurak siqilishi alomatlari mavjud, bu esa, qorinchalarning normal diastolik to'lishiga to'sqinlik qiladi, ayniqsa qon aylanishiga yuqori talablar ko'rsatuvchi jismoniy nagruzkada. Demak, ushbu kasallikda, nafas qisishi aniq kardiogen komponentga ega.

Xuddi bemadorlikdek, nafas muskulaturasi falaji ham, nafas etishmasligi va nafas qisishiga olib kelishi mumkin, biroq, nevrologik yoki mushak kasalliklarining alomatlari ko'pincha organizmning boshqa tizimlariga ta'sir qiladi.

YUrakkasalliklari. YUragi xasta bemorlarda jismoniy zo'riqishda nafas qisishi, ko'pincha o'pka kapillyarlaridagi ko'tarilgan bosim oqibatida bo'ladi. O'pka venalarining obstruktiv shikastlanishidek kam uchraydigan kasalliklardan tashqari, o'pka kapillyarlari tizimida yurakning chap bo'lmasida bosim ko'tarilishiga javoban gipertenziya yuzaga keladi, u o'z navbatida chap qorincha funksiyasining buzilishi, chap qorincha va mitral stenoz mosligining pasayishi natijasi bo'lishi mumkin. O'pkaning tomir oqimida gidrostatistik bosimning ko'tarilishi Starling muvozanatining buzilishiga olib keladi, natijada suyuqlikning interstitsial kenglikka transsudatsiyasi ro'y beradi, o'pka to'qimasining mosligining pasayadi, alveolyar interstitsial kenglikda joylashgan yukstakapillyar retseptorlar aktivlashadi. Uzoq muddatli o'pka vena gipertenzijasida, o'pka tomirlari devorlari qalinlashadi, o'pka mosligining kelgusi qisqarishini chaqirib, perivaskulyar kataklarni va fibroz to'qimani proliferlaydi. Interstitsiyada suyuqlikning to'planishi tomirlar va nafas yo'llari orasidagi makon

munosabatlarini buzadi. Mayda nafas yo'llarining siqilishi, ularning oralig'ining kamayishi bilan kuzatiladi, natijada nafas yo'llarining qarshiligi ortadi. Moslikning kamayishi va nafas yo'llarining qarshiligining ortishi, nafas olish ishini ko'paytiradi. Nafas olish hajmining pasayishi va nafas chastotasining ma'lum darajagacha kompensator ortishi ushbu o'zgarishlarni baravarlashtiradi. Og'ir yurak xastaliklarida, o'pka funksiyasining buzilishini va nafas qisishini kuchaytiruvchi, gidrotoraks rivojlanishi mumkin. YUqorida ko'rsatilgan omillar bilan bir qatorda nafas qisishning sababi, masalan tug'ma yuragi xasta va chapdan o'ngga shunti bo'lgan bemorlarning jismoniy faoliyatida rivojlanuvchi o'tkir tizimli va serebral anoksiya bo'lishi mumkin.

Oldiniga yurak nafas qisishi, bemor tomonidan jismoniy nagruzkaning ortishida vujudga keluvchi bo'g'ilish hissidek qabul qilinadi, lekin keyin vaqt o'tishi bilan u zo'rayadi, shuning uchun bir necha oylar yoki yillardan keyin havo etishmasligi tinch holatda ham paydo bo'ladi. Ba'zi hollarda bemorning birinchi shikoyati yotgan holatdagi, ayniqsa tungi vaqtda yuzaga keluvchi noproduktiv yo'tal bo'lishi mumkin.

Ortopnoz, ya'ni, yotgan holatda rivojlanuvchi va paroksizmal tungi nafas qisishi, ya'ni odatda tunda paydo bo'luvchi va bemorni uyg'onishiga olib keluvchi havo etishmasligi hissi xuruji, o'pkadagi vena va kapillyar bosimning ko'tarilishida yurak etishmovchiligining haddan oshgan shakllarining xarakterli alomatlari hisoblanadi. Nafas qisishining bu shakllari 182-bobda batafsil muhokama qilinadi. Ortopnoz, bemor gorizontol holat egallaganda, gravitatsion kuchlarning qayta taqsimlanishining natijasidir. Ko'krak ichi qon hajmining ortishi, o'pkaning vena va kapillyar hajmini ortishi bilan kuzatiladi, o'z navbatida yopish hajmini oshiradi va o'pkaning hayotiy hajmini pasaytiradi. Gorizontol holatda nafas qisishining yuzaga kelishiga yordam beruvchi qo'shimcha omil, o'pkaning qoldiq hajmini kamaytirishga olib keluvchi diafragmaning turish darajasining ortishidir. YOpiq o'pka hajmi va qoldiq hajmning bir vaqtda qisqarishi kapilyarlar va alveolalar o'rtasida gaz almashinuvi buzilishiga olib keladi.

Paroksizmal (tungi) nafas qisishi. YUrak astmasi nomi bilan ma'lum bo'lib, bu xolat og'ir bo'g'ilish xuruji bilan ta'riflanadi, odatda tunda vujudga keladi va kasalni uyg'otib yuboradi. Paroksizmal nafas qisishi xuruji, o'pkada mavjud bo'lgan sustlikni og'irlashtiruvchi har qanday omil bilan kasallikni sun'iy ravishda qo'zg'atishi mumkin. Tungi vaqtda qonning umumiy hajmi asosan shishishlar reabsorbsiyasi hisobidan ko'payadi, tananing gorizontol xolati esa, bunda yordam beradi. Qon xajmining qayta taqsimlanishi sodir bo'lishi, ko'krak ichidagi qon xajmining ko'payshiga olib keladi va o'pkadagi sust o'zgarishlarni og'irlashtiradi. Bunday paytda inson o'pkalari etarlichi qonga to'lishi mumkin. Uyg'onish shunday xollarda kelib chiqadiki, unda

o'pkaning haqiqiy shishlari yoki bemorda bo'g'ilish tuyg'usi va og'ir xirrilab nafas olishni keltirib chiqaradigan bronxospazm, rivojlangan bo'ladi.

CHeyn – Stoks nafasi.

Tashxis. YUrak nafas qisishi tashxisi, bemorda anamnez yig'ilgani aniqlanganda va yurak kasalligining fizikal tekshirilganda, qo'yiladi. SHuningdek, bemor anamnezida boshdan kechirgan miokard infarktiga ko'rsatmalar bo'lishi mumkin, auskultatsiyada yurakning III va IV toni eshutilishida, chap qorincha kattalashganlik belgisi bo'lishi mumkin, bo'yindagi bo'yinturuq venalarning bo'rtishi, periferik shishlar. Ko'pincha, yurak etishmovchiligi rentgenologik belgilarini, o'pka interstitsial shishini, o'pkaning tomirli shaklini qayta taqsimlanishini, plevra bo'shlig'ida va bo'laklararo oraliqda suyuqlikning yig'ilishini ko'rish mumkin. Ko'pincha kardiomegaliya, garchi, yurakning umumiy o'lchami me'yorida bo'lsa ham, mitral stenoz yoki o'tkir miokard infarkti natijasidagi nafas qisishi bo'lgan bemorlarda uchraydi. YUrakning chap bo'lmasi odatda kasallikning keyingi davr kengayib ketadi. Elektrokardiografik ma'lumotlar, har doim ham u yoki bu yurak kasalliklari uchun spetsifik bo'lmaydi va shuning uchun ham, nafas qisishning tubdan kelib chiqishini ko'rsata olmaydi. YUrak nafas qisishi bilan kasallangan bemorda elektrokardiogramma kamdan-kam yaxshi bo'ladi.

YUrak va o'pka nafas qisishi orasidagi differensial tashxis. Nafas qisishi kasalligi bo'lgan bemorlarning ko'pchiligida, o'pka va yurak kasalligining aniq klinik belgilari mavjud. Nafas qisishi, o'pkalarning surunkali obstruktiv shikastlanishida, odatda, yurak kasalliklariga qaraganda asta sekinlik taraqqiy etadi. O'pkaning obstruktiv shikastlanishi infeksiyon bronxiti, pnevmoniya, pnevmotoraks yoki astmaning zo'rayishida og'irlashib ketgan xollardan tashqari. Kardinal nafas qisishi bilan kasallangan bemorlar kabi o'pka obstruktivi bilan shikastlangan bemorlar ham odatda balg'am yig'ilishini chaqirishi bilan havo etishmasligidan tunda uyg'onishi mumkin. Bemor yo'talib tashlaganidan keyin engillikni his qiladi.

Nafas qisishining kelib chiqishini aniqlashda, yurak bilan birga o'pka shikastlanishi kasalligi mavjud bo'lgan bemorda, qiyinchiliklar yanada oshishi mumkin. CHap qorincha etishmovchiligi rivojlangan, uzoq davom etgan surunkali bronxit yoki astma kasallarida, o'pka shishi va paroksizmal tungi nafas qisishi epizodlari bilan og'irlashayotgan nafas olish qiyinchiligi va qaytalaydigan bronxospazmlar xurujidan azob chekadilar. Bunday xolatlar, ayniqsa yurak astmasi, yurak kasalliklari yaqqol klinik ko'rinishi bo'lgan bemorlarda vujudga keladi. YUrak astmasining o'tkir xuruji bronxial astmaning zo'rayishidan, juda ko'p ter ajralishi, nafas yo'llarida turli kalibrli pufakchali xirillash yoki sianozning ayrim rivojlanishlari bilan farq qiladi.

Nafas qisishining noaniq etiologiyasi bemorlarida o'pkalar funksiyasini tekshirish maqsadga muvofiqdir. Ko'p xollarda ular nafas qisishi nimadan yuzaga kelganini aniqlashda yordam beradi: yurak, o'pka kasalligi, ko'krak qafasi patologiyasi yoki asabiylashgan holatdan. Kardiologik kasallarni tekshirishning oddiy usullariga qo'shimcha qilib, radioizotop ventrikulografiya yordamida fraksiyaning chiqishini osoyishtalik va jismoniy zo'riqish paytida aniqlash, nafas qisishining differensial diagnostikasini o'tkazishga imkon beradi. CHap qorincha fraksiyasi chap qorincha etishmovchiligida kamayadi, osoyishtalikda o'ng qorinchaning kichik miqdorda fraksiya chiqarishi va jismoniy zo'riqishda kamaygan vaqtda, o'pkada og'ir kasallik mavjudligini ko'rsatishi mumkin. Jismoniy zo'riqish paytida kabi osoyishtalikda ikkala qorinchalarning fraksiya chiqarishi normal ahamiyatini ro'yxatga olingan xolatlar, agar nafas qisishi bezovtalik va simulyasiya oqibatida vujudga kelgan bo'lsa.

ASTMA

Bronxial astma (BA) xastaligi so'nggi yillar mobaynida dunyoda eng keng tarqalgan xastaliklardan biri bo'lib, u jiddiy ijtimoiy, iqtisodiy va tibbiy muammoga aylanib bormoqda. Umumjahon sog'liqni saqlash tashkiloti (BO3) ma'lumotlariga asosan, qisqa davr ichida BAning katta yoshdagi kishilar o'rtasida 5% gacha borib etishi, kelgusida bu kasallikning yanada ko'payishidan dalolat bermoqda. Buning ustiga atrof muhitning ifloslanib borishi, unda ayniqsa uchib yuruvchi sanoat chiqindilari — pollyutantlarning ko'payishi, allergenlarning ortishi, atmosfera qobig'ida azon kemptigining hosil bo'lishi va insoniyat genofonining yomonlashuvi BAning yanada kengroq tarqalishiga o'z ta'sirini o'tkazmay qo'ymaydi.

Bizning regionimizda ham allergik xastaliklarning, jumladan BAning so'nggi 5 yil mobaynida 0,7% dan 17,5% gacha (Ubaydullaev A.M) ko'payishi kuzatildi, bu esa BAning deyarli 20 marotaba oshganligidan dalolat beradi. O'zbekiston bo'yicha tarqalishi 4,6% ga to'g'ri kelib, er sharida tarqalishi bo'yicha 19-o'rinni egallaydi. Ubaydullaev A.M. ma'lumotiga qaraganda 1984 yil Toshkent shahar aholisining har 1000 kishisiga 3,6 ta BA bilan kasallangan bemorlar to'g'ri kelgan bo'lsa, bu ko'rsatkich 1998 yilga kelib 12,4 tani tashkil. SHuningdek BA qator mamlakatlar, jumladan AKSH, Buyuk Britaniya, YAngi Zenlandiya, Avstraliyada ham ko'payganligi qayd etilgan. Rossiya davlati yirik sanoat shaharlari – Moskva va Sank-Peterburgda BA bilan kasallanganlar soni o'rtacha 6,2% ni tashkil qiladi. Ushbu davlatda kasallik bilan og'rikan bemorlarning umumiy soni 7 millionga, nogironlar soni esa o'rtacha 1 millionga to'g'ri keladi.

Aslini olganda, BA bilan xastalanish va o'lim ko'rsatkichlari turli mamlakatlarda turlicha bo'lib, ular to'g'risida esa aniq ma'lumotlar kam bo'lsa hamki, kasallik va o'lim ko'rsatkichlari bu joylarda ham yuqori ekanligi shubha tug'dirmaydi. SHunisi ajablanarli, ham achinarliki, tibbiyot sohasidagi yutuqlar samarasiga qaramay BANing ortib borishi dunyo mutaxassislari uchun global-ulkan muammoligicha qolmoqda.

Qayd etilgan muammolar va raqamlar tagida inson hayoti sifatining kasallanish tufayli keskin yomonlashuvi va shu bois jamiyat hayotida to'laqonli ishtirokining buzilishi, va nihoyat, eng dahshatlisi, bevaqt o'lim yotadi. SHuningdek BA tufayli go'dak va yosh bolalarning hayotdan ko'z yumishi hollarining ham ko'payib borishi dunyo olimlarini bahamjihat kurashishi, yangi strategiya yo'llarini ishlab chiqishi, yangi dori-darmonlarni kashf etishi va qo'llashi lozimligini ko'rsatayapti. SHu asosda BA bo'yicha halqaro loyiha guruhi tashkil etilib (1998 y. AQSHda), unda turli mamlakat olimlari faoliyat ko'rsatib kelmoqdalar. SHularning samarasi o'laroq, BA xastaligi to'g'risida bilimlarimiz doirasi va imkoniyatlarimiz kengayib bormoqda.

Bugungi kunda BA xastaligi nozologiya sifatida quyidagicha TA'RIFLANADI: ya'ni BA - bu bronxlarning allergik persistenlanuvchi yallig'lanishi va giperreaktivligi asosida yuzaga keluvchi kasallik bo'lib, u bronxlar obstruksiyalanuviga olib keluvchi bronxoqonstruksiya, shilliqning gipersekretsiyasi, bronxlar devori shishishi natijasida yuzaga keladi va xuruj shaklida kuzatiladigan nafas faoliyatining og'irlashuvi yoki nafas qisishi bilan xarakterlanadi. Ushbu ta'rifning e'tiborga molik tarafi ilgari ta'riflardan farqli o'laroq, BANI «surunkali persistirlanuvchi allergik yallig'lanish va giperreaktivlik holati» deb qaralishi bo'lib, bu esa patogenetik terapiyaning yo'nalishini aniqlab beradi.

Avvalgi adabiyotlar bo'yicha odatiy bo'lib qolgan BA ta'rifi quyidagicha edi: BA — mustaqil nozologik kasallik bo'lib, u surunkali retsdivlanuvchi kechishi va asosiy va doimiy patogenetik mexanizmida bronxlarning spetsifik immunologik va nospetsifik (immunologik bo'lmagan) mexanizmlar ta'sirida o'zgargan reaktivligi bo'lib, uning asosiy (doimiy) klinik belgisi bo'lib bronxlar spazmi, shilliq gipersekretsiyasi, diskriiniya va bronxlar shilliq qavati shishishi natijasida nafas qisilishi yoki astmatik status kuzatilishidir. Ko'rinib turganidek, so'nggi ta'rifda BAGA persistirlanuvchi allergik yallig'lanish va giperreaktivlik holati deb, yallig'lanish mexanizmini konkretlashtirib berilishi, o'zgargan reaktivlik degan ibora o'rniga konkret — giperreaktivlik, va ayniqsa, buni persistirlanuvchi yallig'lanish ekanligini qayd etilishi progressiv yo'nalishdir.

BA - nafas yo‘llarining surunkali yallig‘lanishidir. Moyillik bo‘lganda bu yallig‘lanish natijasida xurujli yo‘talish takrorlanib turadi, xirillashlar paydo bo‘ladi, ko‘krakda siqilish va nafasning qiyinlashishi tarzida bo‘ladi. YAllig‘lanish natijasida respirator traktning allergenlar, kimyoviy ta’sirotlar, tamaki tutuni, covyqhavoga yoki jismoniy zo‘riqishlarga ta’sirchanligi keskin oshadi. Ular ta’sir qilganda nafas yo‘llari shishib, spazm yuzaga keladi, ko‘p miqdorda shilliq ishlab chiqilib, nafas yo‘llarining tashqi ta’sirlarga giperreaktivligi ortadi. Natijada yuzaga keladigan bronxial obstruksiya spontan holda yoki dorilar yordamida o‘tishi mumkin. Afsuski ba’zi hollarda to‘liq ketmasligi ham mumkin.

BAga asosan nafas yo‘llaridagi yallig‘lanish deb yangicha yondoshish atopik BANing mohiyatini ochib bera olmaydi. Tyg‘ma veta-retseptorlarining funksional etishmasligi amalda veta-stimulyatorlarining har doim ham ijobiy samara bermasligi bilan, hamda vetaretseptorlarining tug‘ma nuqsonliligini isbotlay olinmagani sababli ham atopik BANing ustivor sababi deb tan olinishiga to‘sqinlik qiladi.

Muammoning ikkinchi tarafi esa, BA kasalligi bilan surunkali bronxitning bir xastalikning 2 turdagi klinik ko‘rinishidek manzarani yoki tasavvurni yuzaga keltiradi.

SHunday kilib, BANing yangicha ifodalanishi progressiv bo‘libgina qolmay, munozarali hamdir.

КАЙТАР БРОНХИАЛ ОБСТРУКЦИЯ

бронхоспазм

1. бронхлар секретор фаолиятининг (гиперсекреция) ошиши
2. бронхлар шиллик қаватининг ялиғланиш ҳисобида шиши
3. мукоцилиар транспорт вазифасининг бузилиши



TARQALISHI dunyo aholisining 100 milliondan ziyodrog‘i BA xastaligiga muhtalo bo‘lgan va buning natijasida davolashga sarflanadigan mablag‘lar, shuningdek mehnatga layoqatligini yo‘qotish va oilaviy muammolar keskin ortib bormoqda. BA bolalar orasida ko‘payib ketmoqda, ayniqsa urbanizatsiya yuqori bo‘lgan xududlarda. Bu esa yashash joyining yaxshi ventilyasiya qilinmasligi, turar joydagi allergenlar (yumshoq jihozlar — gilam, mebel, o‘rin-ko‘rpada bo‘ladigan uy kanasi, uy hayvonlari, ayniqsa mushuk juni), tamaki tutuni, viruslar, aeropollyutantlar va kimyoviy ta’sirotlar, dorilar va oziq-ovqatlarning allergenlik xususiyatiga bog‘liqdir. Irsiy faktorning roli to‘g‘risidagi muammo esa hanuzgacha aniq o‘z echimiga ega bo‘lmay qolmoqda.

BA aksariyat holda oilaviy xarakterga ega. U har qanday yoshda kuzatilishi mumkin. U yuqmaydi. BA — tibbiyot muammosi, bemor o‘z kasalligidan uyalmasligi lozim. Ko‘p olimpiada chempionlari, davlat arboblari va mashhur siymolarda BA xastaligi borligi sir emas. BA bilan xastalangan bemor to‘laqonli, mahsuldor hayot kechirishi mumkin.

UASH TAKTIKASI

Vazifalar:

Bronxoobstruktiv sindromi bilan kechuvchi eng ko‘p uchraydigan kasalliklar ro‘yxatini aniqlash

Bronxoobstruktiv sindrom bilan kechuvchi kasalliklarni tasnifi

Bronxoobstruktiv sindromi bilan kechuvchi kasalliklarni davolash (O‘SOK, ASTMA).

UAVning QVP yoki OP sharoitida eng ko‘p uchraydigan bronxoobstruktiv sindromi bilan kechuvchi kasalliklarga chalingan bemorlarni olib borish tamoyillari hamda dispanser kuzatuv strategiyasi aniqlash

BOS- bronxlar o‘tkazuvchanligining buzilishi natijasida sodir bo‘ladigan qator klinik simptomakompleks, jarayon asosida bronxlarining torayishi, okklyuziyasi yoki

boshqa sabablar bilan izoxlanadi



Astma kasalligini davolash dasturi

Ushbu usullar bemor organizmining kompensator imkoniyatlarini kuchaytiradi va asoratlar kelib chiqishini kamaytiradi.

Ularga eliminatsiyali davo

postural drenaj

nafas mashqlari bilan davolash,

fitoterapiya va ulardan birgalikda foydalanish usullari Ammo fitoterapiyani o'simlik changlariga allergiyasi bor bemorlarda ishlatish man etilishini esdan chiqarmaslik lozim.

Xayot tarzini o'zgartirish

Kasbni (zarur bo'lganda) o'zgartirish

Dozali jismoniy yuklama

Tana vaznini kamaytirish

Parxez(gipoallergik)

CHekishni tashlash

Autotrening

San-kurortda davolanish

BRONXIAL ASTMA PROFILAKTIKASI

Dispanserizatsiya tamoyillari

Bronxial astma kasalligini nazorat qilishda 6 yo‘nalish dasturi
(« Astma kasalligini diagnostikasi va davolashni muammolari» umumjaxon
konsensusi dokladidan
1992 yil, AKSH)

1. Davolash jarayonida bemor va shifokorni o‘zaro o‘rtoklik munosabati (astma maktablarida), marifiy ishlarni olib borish
2. Nafas azolari kasalligini (BA) nazorat ilishda funksional tekshirish yo‘li bilan bemorni axvoliga obektiv baxo berish
3. Kasallikni sabab(larini)ini xisobga olib borish va uni avj olishidan bemorni ogoxlatirish
4. Dori vositalarini rejalashtirish va ularni tartibga solib buyurish
5. Kasallik avj olgan taqdirda uni zudlik bilan davolash rejasini ishlab chiqish
6. Davoni ketma – ketligini(bosqichma-bosqich) va doimiyligini nazorat qilish

ADABIYOTLAR

1. Terapiya, Rukovodstvo dlya vrachey, studentov. Perevod s ang., prof.A.G.CHuchalin, Moskva.
2. Spravochnik vracha obshchey praktiki. Dj. Merta, M.,1998.
3. Semeynaya meditsina (rukovodstvo) pod red. akad.A.F.Krasnova, Samara.2009
4. Vnutrennie bolezni, pod red. G.R.Xarisona, rukovodstvo. 2007
5. Diagnostika bolezney vnutrennix organov, rukovodstvo. A.N. Okorokov.

6. Charlton I, Charlton G, Broomfield J, Mullee MA. Evaluation of peak flow and symptoms only self management plans for control of asthma in general practice. *BMJ* 2009;301(6765):1355_9.
7. Cote J, Cartier A, Robichaud P, Boutin H, Malo JL, Rouleau M, et al. Influence on asthma morbidity of asthma education programs based on self_management plans following treatment optimization. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;155(5):1509_14.
8. Vnutrennie bolezni, Kniga 1 (T. R. Xarrison- Moskva "Meditcina" 1993g.) Glava 26. Str. 341-346.

5-MA'RUZA MAVZUSI

«SHISH SINDROMI DIFFERENSIAL TASHHISLASH. SURUNKALI YURAK ETISHMOVCHILIGINI ZAMONAVIY TASHXISLASH USULARI. PROFILAKTIKA. UASH TAKTIKASI»

Ma'ruza rejasi

Talabalar soni -	Vaqt - 2 soat
O'quv mashg'uloti shakli	Ma'ruza – vizualizatsiya
Ma'ruza rejasi	SHish sindromiga xos xususiyatlar SHish sindromi bilan kechadigan asosiy kasalliklar SHish sindromi bo'lgan kasalliklarni o'ziga xos kechishi SHish sindromi bilan kechadigan kasalliklarni tashxislash UASH amaliyotida shish sindromi bilan kechadigan kasalliklarni davolash, profilaktika, dispanserizatsiyasitamoyillari.
O'quv mashg'uloti maqsadi: talabalarni shish sindromi bilan kechadigan kasalliklarni o'ziga xos kechishi bilan tanishtirish, tashxislash, davolash, profilaktika va dispanserizatsiya tamoyillarini o'rgatish.	
Pedagogik vazifalar: 1. Talabalarda shish sindromi bilan kechadigan kasalliklar haqidagi bilimlarini mustaxkamlash va chuqurlashtirish 2. Talabalarni kasalliklarni zamonaviy tasnifga binoan to'g'ri tashxis qo'yishga o'rgatish	O'quv jarayoni natijalari: UAV bilishi shart: SHish sindromiga xos xususiyatlar SHish sindromi bilan kechadigan asosiy kasalliklar SHish sindromi bo'lgan kasalliklarni o'ziga xos kechishi

3. SHish sindromi bilan kechadigan kasalliklarni qiyoslama tashxislashni bilishga o'rgatish	SHish sindromi bilan kechadigan kasalliklarni tashxislash
4. Talabalarni shish sindromi bilan kechadigan kasalliklarni o'ziga xos kechishi bilan tanishtirish	UASH amaliyotida shish sindromi bilan kechadigan kasalliklarni davolash, profilaktika, dispanserizatsiyasitamoyillari
5. Talabalarni UASH amaliyotida shish sindromi bilan kechadigan bemorlarni olib borishga o'rgatish.	
O'rgatish uslubi	Ma'ruzalar matni, videofilmlar, so'rovnomalar, savollar, "xa-yo'q" texnikasi
O'rgatish shakli	Lazer proektor, vizual anjomlar, maxsus texnik qurollar, tematik bemorlar ko'rsatish, bemorlar rentgen suratlari
O'rgatish vositalari	Jamoa
O'quv jarayoni o'tkazish sharoitlari	Auditor zali

Tayanch so'zlarva iboralar:shish sindromi, yurak etishmovchili, davolash, prfilaktika

MA'RUZA MATNI

SHISH - organizm to'qimasi va seroz bo'shliqlarida meyordan ortiq suyuqlik yig'ilishidir.

Bu sindrom to'qima hajmi va vaznini oshishi, seroz bo'shliqlar sig'imini kamayishi, shishgan to'qima va a'zolar faoliyatini buzilishi bilan kechadi.

SHISH :

1)Umumiy – ko'pincha kardiologik, buyrak, jigarga va ovqatlanishni buzilishi bilan bog'liq bo'lgan shishlar

2) Mahalliy – kapillyar devorida gidrostatik bosim ortishi anomal subqlikning kapillyar bo'shlig'idan interstitsial tuqimaga chiqishidan yuzaga keladi

Boshqa shishlar:

1. Gipotireoz (miksedema)
2. Gipertireoz
3. Ekzogengiperadrenokortitsizm;
4. Homiladorlikvaestrogenlarvatomirkengaytiruvchivositalarqabulqilganvaqtda, xususandigidropiridinlardannifedipin.
5. Ortostatikshishlar .
6. tomirlardao‘tkazilganoperatsiyadankeyingishishlar.
7. tayanchharakatsistemasikasalliklaridagishishlar
- 8.Neyrogenshishlar;
- 9.Allergik shishlar;
10. Tug‘maangionevrotikshishlar.
11. Predmenstrualshishlar.
12. Dorilargabog‘liqshishlar

UMUMIY SHISH

YUra ketishmovchiligi

Buyrakkasalliklari

Nefrotik sindrom

Dorilarga bog‘liq shishlar

YUra k kasalliklarida shishlarni rivojlanish sabablari:

1. Miokard shikastlanishi: YUIK, miokarditlar, dilatatsion kardiomiopatiya, miokardiodistrofiya.
2. YUra k mushaklarini bosim bilan zo‘riqishi: arterial gipertenziya (tizimli va o‘pka gipertenziyasi), aorta va o‘pka arteriyasi og‘zini torayishi.
3. YUra k mushaklarini xajm bilan zo‘riqishi: aortal va mitral regurgitatsiya, qorinchalardo to‘siq nuqsoni, ochiq arterial yo‘lak.
4. YUra k mushaklarini kombinatsiyalangan (aralash) zo‘riqishi: yuqoridagi ikkinchi va uchinchi guruh sabablarni birgalikda kelishi, murakkab tug‘ma va ortirilgan yurak nuqsonlari.
5. Qorinchalarni diastolik to‘lishini buzilishi: gipertrofik va restriktiv kardiomiopatiya, gipertonik yurak (chap qorincha dilatatsiyasi bo‘lmaganda), mitral stenoz, eksudatli va konstruktiv perikarditlar.

6. YUrakning qon otish hajmi ortishi bilan kechadigan xolatlar: tireotoksikoz, yuqori darajadagi kamqonlik, o'ta semirish, jigar sirrozi.

SYUE da shishlar:

-Anamnezida yurak kasalliklari mavjud.

SHishlar ma'lum bir muddat davom etgan xansirashdan keyin yuzaga keladi;

Asta- sekin simmetrik ravishda rivojlanadi;

Asosan pasdan yuqoriga qarab, yotoq bemorlarda esa elka, bel va quymich sohalarida joylashadi;

Ushlab ko'rganda teri sovuq, ko'kargan, shishlar uzoq davom etganda trofik o'zgarishlarkuzatiladi;

SHishlar odatda zich, barmoq bilan bosganda uzoq saqlanib qoluvchi chuqurcha qoladi, tana xolati o'zgarishiga mutanosib ravishda sekin siljiydi.

Teri va teri osti to'qimasi shishi assit, gidrotoraks bilan birga kechadi;

Bo'yin venalari bo'rtishi,, jigar kattalashishi kuzatiladi.

Buyrak kasalliklarida uchraydigan shishlar.

SHish diurezni kamayishi (≤ 500 ml/kuniga) bilan birga kechadi;

Tana vazni qisqa vaqt ichida keskin oshadi;

SHish ertalablari paydo bo'lib (ko'payib) kun davomida yo'qoladi (kamayadi);

SHish yuzdan (ko'z atrofida, qovoqlarda, yonoqlarda) boshlanib tana va oyoqlarga tarqaladi.

Teri osti to'qimasi shishi avval chegaralangan, keyinchalik anasarka darajasigacha etadi.

Suyuqlikning bo'shliqlarda yig'ilishi, ko'pincha assit, kamdan -kam xollarda gidrotoraks kuzatiladi;

SHishlar tez paydo bo'lib tez qaytish xususiyatiga ega;

SHishgan teri rangpar, dag'allashgan, xarorati me'yorida;

Teri va uning xosilalari distrofiyasi kuzatiladi (epidermis qipiqlashgan, teri quruq, atrofik, ayrim xollarda yaltiroq, tirnoq va sochlar sinuvchan va xiralashgan);

SHishlar tana xolatini o'zgarishiga mutanosib ravishda tez siljiydi;

Barmoq bilan bosganda tez o'z xolatiga qaytuvchi chuqurcha qoladi;

SHishlar odatda yumshoq va xamirsimon;

Aksariyat xollarda xansirash kuzatilmaydi va jigar kattalashmaydi.

Anasarkada oyoqlarda teri osti yog' qatlami cho'zilib pufakchalar hosil bo'ladi, epidermis ko'chib, teri yorilishi va suyuqlik oqishi kuzatiladi. Bunday xollarda infeksiya qo'shilishi natijasida saramas va flegmona rivojlanishi mumkin.- UST: proteinuriya, gematuriya, silindruriya va leykotsituriya;

UQT: kamqonlik, gipoproteinemiya, disproteinemiya, giperxolesterinemiya, ECHT, fibrinogen, IgM, antistreptolizin –O , SRO, α - va γ -globulinlar miqdorini oshishi, IgG kamayishi aniqlanadi;

Jigar kasalliklaridagi shishlar:

YUrak va buyrak faoliyatining buzilishi belgilari kuzatilmaydi;

Anamnezda: virusli gepatit, alkogolizm, toksik ta'sirlar;

Siroz belgilari: o'rgimchaksimon arterial gemangiomalar, jigar kafti, ginekomastiya va qorinning oldingi devorida vena kollaterallari;

SHishlar asosan qorin bo'shlig'ida joylashib, assit rivojlanadi;

Oyoqlarda shishlar nisbatan kam uchraydi;

Suyuqlik miqdori kam bo'lganda klinik begilarsiz kechadi;

Suyuqlik miqdori ortib borishi bilan qorin bo'shlig'i kengayishi, noxush xis, anoreksiya, ko'ngil aynishi, jig'ildon qaynashi, o'ng yonboshda og'riq, respirator buzilishlar kuzatiladi

Qorinning yon soxalari shishgan, yoki turtib chiqqan;

«CHayqalish shovqini» aniqlanadi;

Bemor xolatini o'zgartirganda qorin yon tomonlarida bo'g'iq perkutor tovush yoki u tizza-tirsak xolatida bo'lganda qorin markazida to'mtoq tovush paydo bo'ladi;
Assit tashqi jinsiy a'zolar shishi, kindik va chov churrasi, ko'pincha o'ng tomonlama gidrotoraks bilan birga kechishi mumkin;

Qon taxlilida billirubin, fermentlar miqdori oshadi.

Allergik shishlar:

Ko'pincha Kvinke shishi, eshakemi va boshqa allergik kasalliklar (bronxial astma, vazomotor rinit, samonli lixoradka) ko'rinishida nomoyon bo'ladi.

Allergen bilan aloqada bo'lgandan keyin bir necha daqiqa o'tgach bemor terisida eritema, kuchli qichuvchi urtikar elementlar paydo bo'ladi.

Toshmalar tugunchali, turli kattalikdagi va shakldagi pufakchalar ko'rinishida bo'ladi;

Oziq -ovqat allergeniga bog'liq reaksiyada toshmalar toshishidan oldin til, lab, lunj soxalarida sanchilishlar, shu joylarda shish, ko'pincha qorinda keskin og'riqlar kuzatiladi, og'iz va anal teshik atrofida dermatit paydo bo'ladi.

Aksariyat xollarda kon'yunktivit kuzatiladi

Ba'zan hiqildoq shishi oqibatida nafas olishni qiyinlashishi kuzatiladi.

Ayrim bemorlarda qusish, kollaps, anafilaktik shok rivojlanadi.

Angionevrotik shish (gigant eshakemi, Kvinke shishi) –teri va teri osti to'qimasining chuqur qavatlarida shikastlanishi natijasida rivojlanadi.

Umumiy belgilari: isitma, qo'zg'aluvchanlik, artralgiya, kollaps. Qonda eozinofiliya kuzatiladi, siydikda o'zgarishlar bo'lmaydi.

SHish aniq chegaralangan ko'p miqdorda bo'lib, tananing har kandy qismida, ko'pincha lunj, lab, ko'z atrofi, til, qo'l, oyoq, jinsiy a'zolar soxalarida joylashadi.

Unga uchuvchanlik va to'satdan tananing biror qismida paydo bo'lish xos.

SHishgan to'qima qattiq konsistensiyaga ega, teri rangi o'zgarishsiz.

Hiqildoq va miya qobiqlari shishi o'ta havfli xisoblanadi.

SHish bir necha soatdan bir necha kun, xatto bir necha xaftagacha davom etishi mumkin.

Maxalliy shishlar

YAllig‘lanish natijasida paydo bo‘lgan shishlar chegaralangan bo‘lib, furunkul, karbunkul, flegmona va boshqa yirinli o‘choqlar atrofida joylashadi. SHish ko‘p miqdorda vodorod ionlari to‘plangan yallig‘lanish o‘chog‘iga tomirlardan qonning suyuq qismi sizib chiqishi natijasida paydo bo‘ladi. YAllig‘lanishli shishlar ustida teri qizargan, tinch holatda yoki paypaslaganda og‘riq, simmetrik soxaga nisbatan maxalliy xarorati ko‘tarilgan. Ular bitta qo‘lda yoki oyoqda rivojlanadi.

Siydik cho‘kmasida deyarli o‘zgarishlar kuzatilmaydi. Ayrim xollarda intoksikatsiya hisobiga harorat ko‘tarilishi va o‘tib ketuvchi proteinuriya (oqsil izi ko‘rinishida) bo‘lishi mumkin.



ADABIYOTLAR

1. Terapiya, Rukovodstvo dlya vrachey, studentov. Perevod s ang., prof.A.G.Chuchalin, Moskva.

2. Spravochnik vracha obshchey praktiki. Dj. Merta, M., 1998.
3. Semeynaya meditsina (rukovodstvo) pod red. akad. A.F. Krasnova, Samara. 2009
4. Vnutrennie bolezni, pod red. G.R. Xarisona, rukovodstvo. 2007
5. Diagnostika bolezney vnutrennix organov, rukovodstvo. A.N. Okorokov.
6. Charlton I, Charlton G, Broomfield J, Mullee MA. Evaluation of peak flow and symptoms only self management plans for control of asthma in general practice. *BMJ* 2009;301(6765):1355_9.
7. Cote J, Cartier A, Robichaud P, Boutin H, Malo JL, Rouleau M, et al. Influence on asthma morbidity of asthma education programs based on self_management plans following treatment optimization. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;155(5):1509_14.
8. Vnutrennie bolezni, Kniga 1 (T. R. Xarrison- Moskva "Meditsina" 1993g.) Glava 26. Str. 341-346.

6-MA'RUZA MAVZUSI

«BO'G'IM SINDROMIDA DIFFERENSIAL TASHHISLASH. DAVOLASHUVDA INDIVIDUAL YONDOSHUV, PROFILAKTIKA, UASH TAKTIKASI»

Ma'ruza rejasi

Talabalar soni -	Vaqt - 2 soat
O'quv mashg'uloti shakli	Ma'ruza – vizualizatsiya
Ma'ruza rejasi	Bo'g'im sindromiga xos xususiyatlar Bo'g'im sindromi bilan kechadigan asosiy kasalliklar Bo'g'im sindromi bo'lgan kasalliklarni o'ziga xos kechishi Bo'g'im sindromi bilan kechadigan kasalliklarni tashxislash UASH amaliyotida bo'g'im sindromi bilan kechadigan kasalliklarni davolash, profilaktika, dispanserizatsiyasitamoyillari.
O'quv mashg'uloti maqsadi: talabalarni bo'g'im sindromi bilan kechadigan kasalliklarni o'ziga xos kechishi bilan tanishtirish, tashxislash, davolash, profilaktika va dispanserizatsiya tamoyillarini o'rgatish.	
Pedagogik vazifalar: 1. Talabalarda bo'g'im sindromi bilan kechadigan kasalliklar haqidagi bilimlarini mustaxkamlash va chuqurlashtirish 2. Talabalarni kasalliklarni zamonaviy tasnifga binoan to'g'ri tashxis qo'yishga o'rgatish	O'quv jarayoni natijalari: UAV bilishi shart: Bo'g'im sindromiga xos xususiyatlar Bo'g'im sindromi bilan kechadigan asosiy kasalliklar Bo'g'im sindromi bo'lgan kasalliklarni o'ziga xos kechishi

3. Bo‘g‘im sindromi bilan kechadigan kasalliklarni qiyoslama tashxislashni bilishga o‘rgatish	Bo‘g‘im sindromi bilan kechadigan kasalliklarni tashxislash
4. Talabalarni bo‘g‘im sindromi bilan kechadigan kasalliklarni o‘ziga xos kechishi bilan tanishtirish	UASH amaliyotida bo‘g‘im sindromi bilan kechadigan kasalliklarni davolash, profilaktika, dispanserizatsiyasitamoyillari
5. Talabalarni UASH amaliyotida bo‘g‘im sindromi bilan kechadigan bemorlarni olib borishga o‘rgatish.	
O‘rgatish uslubi	Ma’ruzalar matni, videofilmlar, so‘rovnomalar, savollar, “xa-yo‘q” texnikasi
O‘rgatish shakli	Lazer proektor, vizual anjomlar, maxsus texnik qurollar, tematik bemorlar ko‘rsatish, bemorlar rentgen suratlari
O‘rgatish vositalari	Jamoa
O‘quv jarayoni o‘tkazish sharoitlari	Auditor zali

Tayanch so‘zlarva iboralar:bo‘g‘im sindromi, rengen, artroz, artrit

MA’RUZA MATNI

Turli etiologiyali shuningdek, tizimli yoki mahalliy xususiyatga ega bo‘lgan harakat-tayanch apparati kasalliklari aksariyat hollarda turg‘un yoki o‘tib ketuvchi bo‘g‘im sindromi bilan kechadi. Bo‘g‘im sindromiga sabab bo‘luvchi revmatik kasalliklar juda kam holatlarda o‘limning asosiy sababi bo‘ladi. Lekin ularning aksariyati ichki a‘zolari zararlanishi bilan kechib, bemorning ish qobiliyatini yo‘qolishiga, nogiron bo‘lib qolishiga va umrini qisqarishiga olib keladi. Ushbu guruh kasalliklar turli yosh, jins va irqdagi aholi orasida 20-45% hollarda uchraydi (1-jadval) va bemorlarning 6-10 % nogiron bo‘lib qoladi. Aksariyat bemorlar birinchi bor, bo‘g‘imlarda mahalliy

yoki tarqalgan og'riqlar bilan UAV ga murojaat qiladilar. Bo'g'im sindromi to'g'ridan-to'g'ri bo'g'im va (yoki) bo'g'im oldi to'qimasi kasalliklari bilan bog'liq bo'lishi, ayrim hollarda esa ruhiy xususiyatga ega bo'lishi mumkin. Bunday hollarda to'g'ri tashhis qo'yish uchun UAV og'riq xarakteri, paydo bo'lish vaqti, sababi, davomiyligini aniqlashi hamda ushbu o'zgarishlar bilan kechishi mumkin bo'lgan kasalliklar va ularning asosiy belgilarini bilishi lozim.

YOshlarda bo'g'im sindromi ko'p hollarda yomon oqibatlariga olib keluvchi og'ir patologik jarayonlarning, ya'ni immun o'zgarishlar va tizimli kasalliklarning bir ko'rinishi sifatida namoyon bo'lsa, katta yoshdagi bemorlarda bo'g'im va tog'ay to'qimalaridagi distrofik o'zgarishlardan dalolat beradi. SHuning uchun shifokor e'tiborini faqat zararlangan bo'g'imni davolashga qaratmasdan, chuqur taqqoslama tashhis o'tkazishi va bemordagi og'riq sindromini baholashda mas'uliyat bilan yondoshishi kerak. Bo'g'im sindromi bilan kechuvchi keng tarqalgan kasalliklar va ularni tashhislash uchun lozim bo'lgan laborator-asbobiy tekshirishlarni bilish, o'z vaqtida tashhis qo'yish va patogenetik davo olib borishga, ehtiyoj bo'lganda, bemorlarni ixtisoslashtirilgan davolash muassasalariga (revmatologiya, onkologiya, urologiya, ortopediya va boshqalar) yuborishga yordam beradi.

Bo'g'imdagi og'riqlar – tayanch-harakat tizimining birlamchi va ikkilamchi zararlanishida kuzatiladigan patologik simptomlardan biri bo'lib, 100 dan ortiq turli kasalliklarda uchraydi. Ularni paydo bo'lishi bevosita bo'g'im hosil qiluvchi tuzilmalar (sinovial qobiq, bo'g'im suyaklari, boylamlar) va preartikulyar to'qimada joylashgan nerv oxirlarini ta'sirlanishi bilan bog'liq. Faqat bo'g'im tog'ayida nerv tolalari va tomirlar yo'q va uni chegaralangan zararlanishi og'riq bilan kechmaydi. Bo'g'imdagi og'riqlarni yuzaga keltiruvchi sabablaridan biri artrozlardir. U barcha bo'g'im kasalliklarining 80 % ni tashkil etadi. Ular tog'aydagi degenerativ o'zgarishlar bilan boshlanib, qisqa vaqt ichida uning ostida yotuvchi suyaklarni, bo'g'im qobig'ini, hatto sinovial o'ram va mushaklarni qamrab oladi.

Bo'g'imlarni yallig'lanishi - artritlar tarqalishi bo'yicha ikkinchi o'rinda turuvchi og'riq sindromi bilan kechadigan kasalliklar guruhi xisoblanadi. Odatda ular asosida bo'g'im bo'shlig'i va sinovial qobig'da (sinovit) joylashgan patologik jarayon yotadi. Bo'g'imda aniqlanadigan shishlar nafaqat sinovit tufayli, balki sinovial qobiqni va bo'g'im atrofidagi yumshoq to'qimalarni yallig'lanishi sababli xam yuzaga keladi. Artritlar infeksiya, autoimmun yallig'lanishlar, modda almashinuvining buzilishi,

jarohat tufayli paydo bo'lsa, ayrim hollarda uning sababini aniqlash imkoni bo'lmaydi.

Bo'g'imdagi patologik jarayon boshqa a'zo va tizimlarning revmatik bo'lmagan kasalliklari natijasida ham yuzaga kelishi mumkin. Bunda bo'g'im sindromi artralgiya va artritlar ko'rinishida kechadi. U biriktiruvchi to'qimani tizimli zararlanishi, modda almashinuvi va vegetativ nerv tizimining gormonal holatini buzilishi, toksik, allergik, toksiko - allergik mexanizmlar ta'sirida bo'g'im to'qimasi sezuvchanligini jiddiy o'zgarishi oqibatida rivojlanadi. Ularning joylashishi turlicha bo'lib, asosiy kasallikka bog'liq holda o'ziga xos belgilarga ega (1 va 2-rasmlar) bo'ladi. Ular to'g'risida keyinroq alohida to'xtalib o'tamiz.

Quyida bo'g'im sindromi bilan kechuvchi amaliyotda tez-tez uchrab turadigan kasalliklar klassifikatsiyasi keltirilgan.

Revmatizm (revmatik lixoradka).

Biriktiruvchi to'qimaning tizimli kasalliklari (tizimli qizil volchanka (TQV), tizimli sklerodermiya (SSD), SHegren kasalligi, dermatomiozit (DM), diffuz fatsiit, biriktiruvchi to'qimani aralash kasalliklari, revmatik polimialgiya va boshqalar).

Tizimli vaskulitlar (tugunchali pereaarteriit, gemorragik vaskulit, Vegener granulomatozi va boshqalar).

Revmatoid artrit (RA)(poliartrit, RA tizimli shikastlanish bilan, Felti sindromi).

YUvinil artrit (yuvvenil RA, Still sindromi, surunkali yuvvenil artrit).

Bexterev kasalligi.

Spondiloartrit bilan birga kechuvchi artritlar (psoriatik artrit, Reyter kasalligi, ichakni nospetsifik kasalligida (NYAK, Kron kasalligi) kuzatiladigan artritlar).

Infeksiyaga bog'liq artritlar

A. Infeksiyali artritlar:

1. bakteriali (stafilokokk, streptokokk, gonokokk, brutsellyoz, zaxm, mikobakteriya: tuberkulez va boshqalar), Laym va Uippl kasalliklari;
2. virusli (qizilcha, epidparotit, suvchechak va boshqalar);
3. zamburug'li;
4. parazitlar;

B. Reaktiv artritlar:

1. enterokolitdan keyingi- iersinioz, salmanellyoz, shegellyoz va boshqalar;
2. urogenital (Reyter kasalligi va so‘zak (gonoreya));
3. burun halqum infeksiyasidan keyin;
4. emlashdan (vaksinatsiya) keyingi.

IX. Mikrokristalli artrit:

- podagra;
- xondrokalsinoz.

X . Osteoartrozlar:

1. deformatsiyalovchi osteoartroz (birlamchi va ikkilamchi);
2. spondilyoz, osteoxondroz, spondiloartroz.

XI. Bo‘g‘imlarning kam uchraydigan kasalliklari:

1. polisindrom revmatizm;
2. intermitterlanuvchi gidroartroz;
3. bo‘g‘im xondromatozi;
4. retsdivlanuvchi polixondrit;
5. o‘sma va o‘smaga o‘xshash kasalliklar (sinovial qobiq gemangiomasini, sinovioma, sarkoma, pigmentli vorsinka tugunli sinovit va boshqalar).

XII. Revmatik bo‘lmagan kasalliklardagi artropatiyalar:

1. allergik kasalliklar (dori va zardob kasalliklari);
2. metabolik buzilishlar (gemoxromatoz, amiloidoz, oxronoz, ksantomatoz, giperlipidemiya);
3. biriktiruvchi to‘qima metabolizmini tug‘ma nuqsoni (Marfan sindromi, mukopolisaxaridoz, gipermobillik sindromi);
4. endokrin kasalliklar (qandli diabet, akromegaliya, giperparatireoz, gipertireoz, gipotireoz);
5. asab tizimi kasalliklari (SHarko artropatiyasi, algoneyrodistrofiya, kompressiya sindromi, siringomieliya, elka- panja sindromi);
6. qon tizimi kasalliklari (gemofiliya, leykozlar, mielom kasalligi, yomon sifatli limfomalar);

7. paraneoplastik artropatiyalar (turli joylashuvdagi yomon sifatli o'smalar);
8. kasb kasalliklari (vibratsiya kasalligi, silikoz– silikoartrit- Kaplas sindromi, Kesson kasalligi);
9. boshqa kasalliklar (surunkali faol gepatit, sarkoidoz, davriy kasallik, gipovitaminoz).

XIII. Bo'g'imdan tashqaridagi yumshoq to'qima kasalliklari:

mushak kasalligi (miozitlar);

bo'g'im oldi to'qimasi kasalligi (entezopatiyalar, tendinitlar, tendovaginit, tenosinovit, bursit, periartrit);

fatsiya va aponevroz kasalligi (fassitlar, aponevrozitlar);

teri osti yog' qatlami kasalligi (tugunchali eritema, og'riqli lipomatoz, panikulitlar);

poliosteoartromialgiya (psixogen revmatizm).

XIV. Suyak kasalliklari va osteoxondropatiyalar:

suyak kasalliklari (osteoparoz, osteomalyasiya, gipertrofik o'pkali osteopatiya, deformatsiyalovchi osteit, osteoliz);

osteoxondropatiyalar (son suyagi boshchasini aseptik nekrozi, umurtqa pog'onasi tanasini va boldir suyagi o'siqlari osteoxondropatiyasi).

YUqoridagi klassifikatsiyadan ko'rinadiki, bo'g'im sindromi bilan kechuvchi kasalliklar juda ko'p va uni yana kengaytirish mumkin. Amaliyotda keng tarqalgan ushbu sindrom bilan murojaat qilgan bemorga to'g'ri tashhis qo'yish, davolash va zaruriyat bo'lganda, tegishli mutaxassislariga yo'llanma berish uchun birlamchi tizimda ishlayotgan UAVdan chuqur bilim va tajriba talab etiladi.

Bo'g'im sindromi bilan kechuvchi kasalliklar to'g'risida ma'lumot berishdan oldin bo'g'im tuzilishi va faoliyati to'g'risida qisqacha to'xtalib o'tamiz.

Anatomik tuzilishiga ko'ra uch turdagi bo'g'imlar tafovut etiladi: sinartrozlar (harakatsiz), simfizlar (yarim harakatli) va diartrozlar (harakatchan).

SHifokorlar uchun diartrozlar, ya'ni bir-biridan to'liq gialinli tog'ay bilan ajratilgan, yuzasi fibroz kapsula bilan o'ralgan bo'g'imlar ahamiyatli hisoblanadi. Bo'g'im kapsulasi tashqi (fibrozli) va ichki (sinovial) qavatlardan iborat. Fibroz qavat kollagen boylamlaridan tashkil topgan bo'lib, sinovial qobiq bilan uzviy bog'langan. U bo'g'imni tashqi muhit ta'siridan ximoya qiladi. Sinovial qobiq to'g'ridan-to'g'ri bo'g'im bo'shlig'i bilan bog'liq bo'lib, qon tomirlari, limfa kapillyarlari va nerv

tolalariga boy. U tarkibida qon plazmasidagi barcha elementlari mavjud bo'lgan suyuqlik ishlab chiqaradi. Bu suyuqlik diffuziya yo'li bilan bo'g'imning tog'ay qismini oziqlantiradi va uning yuzasi ishqalanishini kamaytiradi hamda keraksiz moddalarni olib chiqadi.

Bo'g'im sindromi bir nechta simptom va sindromlarni birga kelishi bilan namoyon bo'ladi. Bo'g'imdagi og'riq ushbu guruh kasalliklarida birinchi va ko'p uchraydigan simptomdir. U to'g'ridan-to'g'ri bo'g'im va uning atrofidagi to'qimalarda kechayotgan jarayonlar bilan bog'liq yoki psixogen bo'lishi mumkin. Tashhis qo'yishda og'riqni davomiyligi, paydo bo'lish vaqti, xarakteri, nima bilan bog'liqligi va qaysi simptomlar bilan birga kelishi ahamiyatlidir. Bo'g'imdagi shish uning kasalliklarida kuzatiladigan ikkinchi asosiy simptom bo'lib, u sinovial qobiq va bo'g'im atrofidagi yumshoq to'qimaning yallig'lanishi yoki bo'g'im bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishi tufayli yuzaga keladi. SHish, surunkali artritlarda sinovial qobiq va bo'g'im atrofidagi yumshoq to'qima gipertrofiyasi, periartikulyar to'qimadagi fibroz-sklerotik jarayon bo'lib, bo'g'im shakli o'zgarishiga, ya'ni defiguratsiyasiga olib keladi. Suyak oxirlarini destruksiyasi, ularni bir-biri bilan o'sib ketishi, ankilozlar, yarim chiqishlar rivojlanishi hamda bo'g'im oldi mushak va biriktiruvchi to'qimalar shikastlanishi hisobiga bo'g'im shaklini turg'un o'zgarishi, ya'ni bo'g'imlar deformatsiyasi rivojlanadi. Bo'g'im va uning atrofidagi to'qima yallig'lanishi shu soxadagi teri qoplami giperemiyasi va mahalliy gipertermiya (haroratni ko'tarilishi) bilan birga kechadi. Patologik jarayon kechayotgan bo'g'imda harakatni chegaralanishi bo'g'im sindromining asosiy tarkibiy qismlaridan biri hisoblanadi. Bo'g'im sindromi revmatik kasalliklarda bitta (monoartrit), ikkita (oligoartrit) va ko'plab (poliartrit) ko'rinishida, o'tkir (3 oygacha), o'tkir osti (3-6 oygacha), cho'zilgan (9 oygacha) va surunkali (9 oydan ko'p) kechishi mumkin.

Revmatik kasalliklarni tashhislashda yuqorida sanab o'tilgan bo'g'im sindromiga xos belgilar bilan bir qatorda, teri – mushak tizimi va ichki a'zolarini shikastlanish darajasini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Quyida biz UAV faoliyatida ko'p uchraydigan va bo'g'im sindromi bilan kechadigan kasalliklarga to'xtalib o'tamiz.

Revmatizm (o'tkir revmatik isitma)

O'tkir revmatik lixoradka (O'RL) - A guruhidagi β -gemolitik streptokokkli o'tkir infeksiyadan (angina, faringit) keyin rivojlangan asorat, asosan yurak qon-tomir tizimi (kardit), bo'g'im (ko'chib yuruvchi poliartrit), bosh miya (xoreya) va teri (halqasimon eritema, revmatik tugunchalar) shikastlanishi bilan kechuvchi biriktiruvchi to'qimaning toksik – immunli tizimli yallig'lanish kasalligi bo'lib, ko'proq moyilligi mavjud bo'lgan 7-14 yoshdagi o'smirlar orasida keng tarqalgan. Tashhislashda Kisel-Djons tomonidan taklif qilingan 1992 yilda Amerika kardiologlari uyushmasi

tomonidan qayta ko‘rilgan va o‘zgartirishlar kiritilgan, Rossiya revmatologlari uyushmasi tomonidan 2003 yilda taklif etilgan tashhisiy mezonlar majmuasiga asoslaniladi.

Revmatik poliartritni (60-100% hollarda kuzatiladi) tashhishlashda quyidagilar muhimdir:

streptokokk infeksiyasi o‘tkazganligi bilan bog‘liqlik (1-2 xaftadan keyin);

yirik va o‘rta bo‘g‘imlarni (tizza, boldir-tovon, kam hollarda elka va tirsak) oligoartrit yoki monoartrit ko‘rinishida zararlanishi, ularni ko‘chuvchan xarakterda bo‘lishi va bir necha soatdan bir necha kungacha davom etishi;

NYAQV yaxshi samara berishi va bo‘g‘imlardagi o‘zgarishlarni izsiz yo‘qolishi (3-rasm);

Davolash. Revmatizni davolash uchta bosqichda olib boriladi, ya’ni shifoxona – OP (QVP) – sanator-kurort. SHifoxonada davolashda faol yallig‘lanishga qarshi muolajalar, bitsillin profilaktikani boshlash, bemor rehabilitatsiyasi va uni jismoniy holatini nazorat qilishdan iborat. Keyingi bosqichda kasallik faolligi pasaygach bemor maxsus revmatologik sanatoriyaga yoki OP (QVP)da UAV nazorati ostida davolash davom ettiriladi. Zarurat bo‘lganda revmatolog maslahati o‘tqaziladi. Uchinchi bosqich bemorni muntazam dispanser nazoratida kuzatish, bitsillin profilaktikasini o‘tqazish va kasallikni qaytalanishini oldini olishdan iborat.

Dori vositalari bilan davolash

1. Etiotrop (streptokokka qarshi) davo:

kattalar va o‘smirlarga benzilpenitsillin 1.000.000 bir., yosh bolalarga esa 100.000-150.000 bir. kuniga 4 marta m/o 10 kun davomida. Keyin ikkilamchi profilaktika chora-tadbirlari olib boriladi;

penitsillin guruhidagi vositalarni bemor qabul qila olmasa, makrolidlar qo‘llaniladi: roksitromitsin bolalarga kuniga 5-8 mg/kg, katta yoshdagilarga 150 mg kuniga 2 marta yoki klaritromitsin bolalarga kuniga 7,5 mg/kg, katta yoshdagilarga esa 250 mg kuniga 2 marta ichishga tavsiya etiladi.

2. Patogenetik davo:

GKS kasallik og‘ir kardit belgilari bilan o‘tkir kechganda, faollik darajasidan kelib chiqib tavsiya etiladi. Prednizolon kuniga 1,0 mg/kg miqdorda kunning birinchi yarmida va ECHT me’yoriy ko‘rsatkichgacha pasaygandan keyin har 6-10 kunda uni miqdori $\frac{1}{4}$ tabletkaga kamaytirib boriladi. Davolash o‘rtacha hisobda 2-2,5 oy davom etadi;

YAQNV uncha yuqori bo'lmagan faollik darajasida, GKS lar miqdori kamaytirilganda yoki berish to'xtatilganda, qaytalangan revmatik lixoradkada qo'llaniladi. Indometatsin 25-150 mg. kuniga 1-2 marta yoki voltaren 25 mg. kuniga 1-2 marta ovqatdan keyin.

Kasallik uzoq vaqt yoki to'xtovsiz qaytalanuvchi kechganda, YAQNV bilan bir qatorda, aminoxinolin unumlari tavsiya etiladi. Delagil 0,25 g. yoki plakvenil 0,2 g.dan kuniga 1-2 marta ovqatdan keyin ichish buyuriladi. Davolash kursi bir necha oydan ko'rsatmalar bo'lganda yillargacha davom etadi.

Bemorda yurak nuqsoni rivojlanganda, kardioxirurg maslahati tavsiya etiladi. Agar gemodinamik o'zgarishlar natijasida QAE rivojlansa simptomatik davo olib boriladi. Bu to'g'risida batafsil ma'lumot shish sindromini qiyosiy tashhishlashga bag'ishlangan ma'ruzada yoritilgan.

Profilaktika

Birlamchi profilaktika O'RL rivojlanmasligi uchun streptokokka qarshi faol davo olib borish:

bolalarni sog'lomlashtirish va chiniqtirish;

birlamchi infeksiya o'choqlarini (yuqori nafas yo'llarini o'tkir va surunkali infeksiyasi (renit, tonzillit, faringit) sanatsiya qilish, yiringli jarayonlarni (tish kariesi, furunkul, karbunkul)) bartaraf etish;

revmatizmga nasliy moyilligi bor bolalarda 5 kunlik benzilpenitsillin bilan profillaktik davo olib borish.

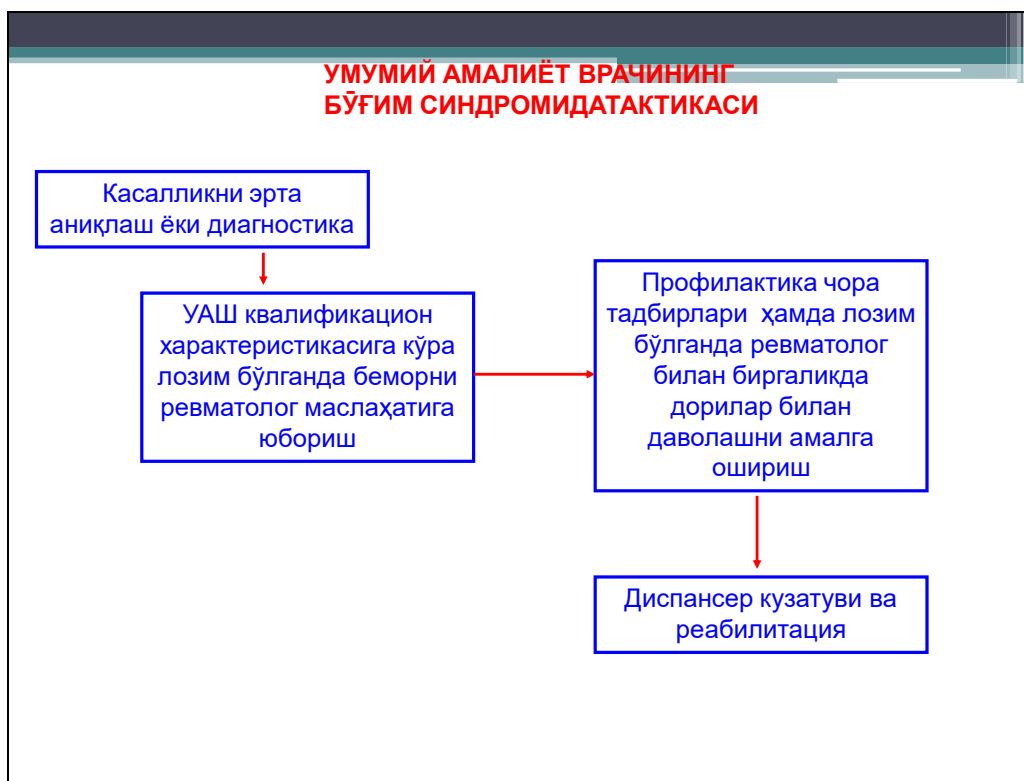
Ikkilamchi profilaktika O'RI o'tqazgan bemorlarda qayta xurujlar rivojlanishini hamda revmatik yurak nuqsonini avjlanishini oldini olishga yo'naltirilgan. Ikkilamchi profillaktika davomiyligi:

O'RL ni kardit belgilarisiz (poliartrit, xoreya) o'tqazgan bemorlarga 5 yil davomida bitsillin -5 har to'rt haftada 1,5 mln. birlikdan m/o ga yuboriladi;

O'RL va qayta revmatik lixoradka oqibatida yurak shikastlanishlari mavjud bo'lgan bemorlarda bitsillin profilaktika butun hayoti davomida olib boriladi;

ikkilamchi endokardit rivojlanishini oldini olish.

Uchlamchi profilaktika chora-tadbirlari yuqoridagi sanab o'tilgan muolajalar bilan birga yangi yurak nuqsonlari paydo bo'lishini, QAE belgilarini bartaraf etish va rivojlanishini oldini olish hamda bemorning hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan.



ADABIYOTLAR

Barskova V.G., Eliseev M.S., Nasonov E.L. i dr. *Primenenie metformina (siofora) u patsientov s podagroy i insulinorezistentnostyu* // Ter. arxiv. — 2005. — №12. — S. 44—48.

Gadaev A. // *Umumiy amaliyot vrachlari uchun ma’ruzalar tuplami* // Toshkent, 2012.

Klinicheskie rekomendatsii. Revmatologiya / Pod red. E.L. Nasonova. — M.: GEOTAR — Media, 2006. — 288 s.

Morozov A.V. // *Revmaticheskie bolezni*, Mn: VSH, 2008.

Revmatoidnyy artrit. Diagnostika i lechenie / Pod red. V.N. Kovalenko. — K.: MORION, 2001. — 271 s.

Revmatologiya: Natsionalnoe rukovodstvo / Pod red. E.L. Nasonova, V.A. Nasonovoy. — M.: GEOTAR_Media, 2008. — 720 s.

Rukovodstvo po osteoporozu / Pod red. L.I. Benevolenskoy. — M.: BINOM, 2003. — 216 s.

Sigidin YA.A., Guseva N.G., Ivanova M.M. Diffuznye bolezni soedinitelnoy tkani (Sistemnye revmaticheskie zabolevaniya): Rukovodstvo dlya vrachey. — M.: OAO «Izdatelstvo «Meditsina», 2004. — 640 s.

Becker M.A. Clinical manifestations and diagnosis of gout // Up To Date. — 2004. — Vol. 13(1).

Campion E.W., Glynn R.J., DeLabry L.O. Asymptomatic hyperuricemia. Risks and consequences in the Normative Aging Study // Am. J. Med. — 1987. — Vol. 82. — P. 421.

Felson D.T. Epidemiology of hip and knee osteoarthritis // Epidemiol. Rev. — 1988. — Vol. 10. — P. 1—28.

Felson D.T., Zhang Y., Anthony J.M. et al. Weight loss reduced the risk for symptomatic knee osteoarthritis in women. The Framingham study // Ann. Intern. Med. — 1992. — Vol. 116. — P. 535—539.

Khaodhiar L., McCowen K.C., Blackburn G.L. Obesity and comorbid conditions // Clin. Cornestone. — 1999. — Vol. 2. — P. 17—31.

Kvien T.K., Glennaas A., Melby K. et al. Reactive arthritis: incidence, triggering agents and clinical presentation // J. Rheumatol. — 1994. — Vol. 21. — P. 115—122.

Lawrence R.C., Helmick C.G., Arnett F.C. et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States // Arthritis Rheum. — 1998. — Vol. 41. — P. 778.

Salvarani C., Lo Scocco G., Macchioni P. Prevalence of psoriatic arthritis in Italian psoriatic patients // J. Rheumatol. — 1995. — Vol. 22. — P. 1499—1503.

Shbeeb M., Uramoto K.M., Gibson L.E. et al. The epidemiology of psoriatic arthritis in Olmsted County, Minnesota, USA, 1982—1991 // Ibid. — 2000. — Vol. 27. — P. 1247.

Zhand W., Doherty M., Leeb B.F., Alekseeva L. et al. EULAR evidence_based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: report of a task force of ESCISIT // Annals of Rheumatic Diseases. — 2009. — Vol. 68, N 1. — R. 8—17.

<http://www.mif-ua.com/archive/issue-207/article-233/>

http://www.digest-for-ours.ru/article/?article_id=502

<http://support-doctor.narod.ru/DDSS.htm>

7-MA'RUZA MAVZUSI

«GEPATOMEGALIYA VA SARIQLIK SINDROMIDA DIFFERENSIAL TASHHISLASH, PROFILAKTIKA.UASH TAKTIKASI»

Ma'ruza rejasi

Talabalar soni -	Vaqtı – 2 soat
O'quv mashg'uloti shakli	Ma'ruza – vizualizatsiya
Ma'ruza rejasi	<p>Gepatomegaliya va sariqlik sindromiga xos xususiyatlar</p> <p>Gepatomegaliya va sariqlik sindromi bilan kechadigan asosiy kasalliklar</p> <p>Gepatomegaliya va sariqlik sindromi bo'lgan kasalliklarni o'ziga xos kechishi</p> <p>Gepatomegaliya va sariqlik sindromi bilan kechadigan kasalliklarni tashxislash</p> <p>UASH amaliyotida hepatomegaliya va sariqlik sindromibilan kechadigan kasalliklarni davolash, profilaktika, dispanserizatsiyasitamoyillari.</p>
O'quv mashg'uloti maqsadi:talabalarni hepatomegaliya va sariqlik sindromi bilan kechadigan kasalliklarni o'ziga xos kechishi bilan tanishtirish, tashxislash, davolash, profilaktika va dispanserizatsiya tamoyillarini o'rgatish.	
Pedagogik vazifalar: 1. Talabalarda hepatomegaliya va sariqlik sindromi bilan kechadigan kasalliklar haqidagi bilimlarini mustaxkamlash va chuqurlashtirish	O'quv jarayoni natijalari: UAV bilishi shart: Gepatomegaliya va sariqlik sindromiga xos xususiyatlar Gepatomegaliya va sariqlik sindromi bilan kechadigan asosiy kasalliklar

<p>2. Talabalarni kasalliklarni zamonaviy tasnifga binoan to‘g‘ri tashxis qo‘yishga o‘rgatish</p> <p>3. Gepatomegaliya va sariqlik sindromi bilan kechadigan kasalliklarni qiyoslama tashxislashni bilishga o‘rgatish</p> <p>4. Talabalarni gepatomegaliya va sariqlik sindromi bilan kechadigan kasalliklarni o‘ziga xos kechishi bilan tanishtirish</p> <p>5. Talabalarni UASH amaliyotida gepatomegaliya va sariqlik sindromi bilan kechadigan bemorlarni olib borishga o‘rgatish.</p>	<p>Gepatomegaliya va sariqlik sindromi bo‘lgan kasalliklarni o‘ziga xos kechishi</p> <p>Gepatomegaliya va sariqlik sindromi bilan kechadigan kasalliklarni tashxislash</p> <p>UASH amaliyotida gepatomegaliya va sariqlik sindromi bilan kechadigan kasalliklarni davolash, profilaktika, dispanserizatsiyasitamoyillari</p>
<p>O‘rgatish uslubi</p>	<p>Ma‘ruzalar matni, videofilmlar, so‘rovnomalar, savollar, “xa-yo‘q” texnikasi</p>
<p>O‘rgatish shakli</p>	<p>Lazer proektor, vizual anjomlar, maxsus texnik qurollar, tematik bemorlar ko‘rsatish, bemorlar rentgen suratlari</p>
<p>O‘rgatish vositalari</p>	<p>Jamoa</p>
<p>O‘quv jarayoni o‘tkazish sharoitlari</p>	<p>Auditor zali</p>

Tayanch so‘zlarva iboralar:gepatomegaliya, UTT, sariqlik, ferment,davolash,UASH,ambulator

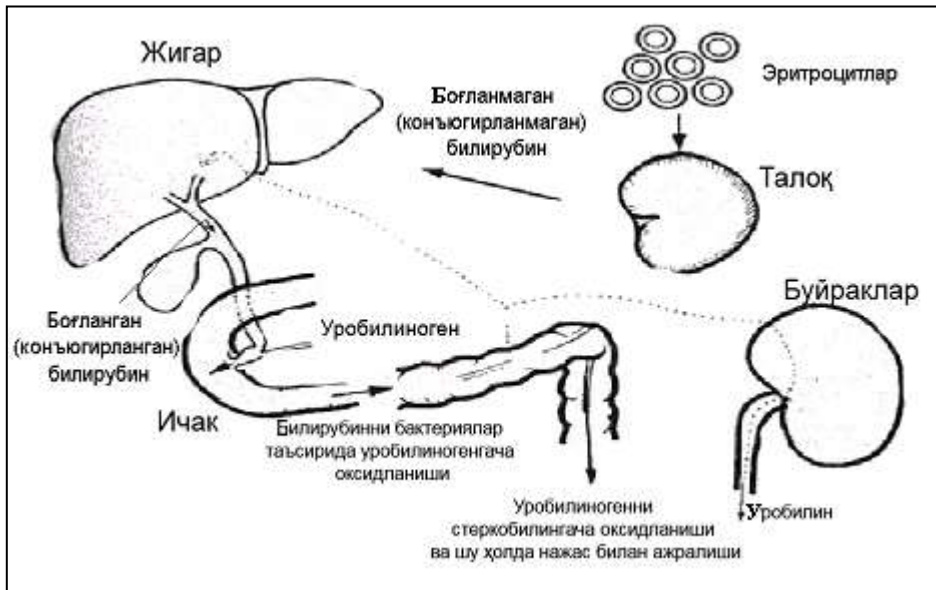
MA‘RUZA MATNI

Sariqlik – mustaqil kasallik bo‘lmay, o‘ziga e‘tiborni qaratadigan murakkab patogenezi qator patologik jarayonlarni belgisidir. U shilliq qavatlar, teri va plazmaning sarg‘ayishi bilan namoyon bo‘lib, qonda ko‘p miqdorda bilirubin va uning almashinuvi natijasida paydo bo‘lgan mahsulotlar yig‘ilishi natijasida yuzaga keladi. Sariqlik dastlab ko‘z sklerasida, tilning pastki yuzasida, tanglayda paydo bo‘ladi. Keyinchalik yuzdagi burmalar, og‘iz va burun atrofidagi teri, kaft, tovonlar va nihoyat butun tana sariq rangga kiradi. Bu ketma-ketlik bilan bo‘yalish chin sariqlik bilan psevdosariqlik (yolg‘on), ya‘ni karotinemiyani (sariq, zarg‘aldoq qizil ranglarda bo‘lgan o‘simlik pigmentlari «karotinoidlar» deb ataladi) farqlashda muhim ahamiyatga ega. Psevdosariqlikda dastlab kaft, tovon, teri qoplamlari sarg‘ayadi va karotinga boy mahsulotlarni ko‘p iste‘mol qilganda kuzatiladi. Lavlagi, bodring po‘sti, qizil sabzi, pomidor, qovoq, salat, no‘xat, sulis, kepak, malina, olcha, qorag‘at (smorodina), shaftoli, mandarin, apelsin, jigar, tuxum sarig‘i, sariq yog‘ va sut kabi mahsulotlarda karotin ko‘p miqdorda mavjud. Unga kunlik talab 2-5 mg.ga teng. Haqiqiy sariqlikda kuzatiladigan teri va skleraning sariq rangga bo‘yalishi qon zardobida bilirubinning me‘yoridan oshib ketishi va keyinchalik uning teri osti to‘qimalarida yig‘ilishidan kelib chiqadi. Bilirubin ta‘sirida emizuvchi ayol suti, organizm bo‘shliqlaridagi suyuqliklar sariq rangga bo‘yalishi mumkin. Ko‘z yoshi, so‘lak, oshqozon shirasi, orqa va bosh miya suyuqliklari rangi o‘zgarmaydi. Sog‘lom odam organizmida kunda taxminan 1% qarigan eritrotsitlar retikulo-endotelial tizim hujayralarida parchalanib, suvda erimaydigan va buyrak filtri orqali siydikka o‘tmaydigan bog‘lanmagan bilirubin hosil bo‘ladi. U gepatotsitlar tomonidan tutilib, glyukoron kislotasi bilan bog‘lanadi va bilirubin-glyukoronid (bog‘langan bilirubin) hosil bo‘ladi. Bog‘langan bilirubin o‘t kapillyarlariga chiqadi va o‘t suyuqligiga (saproga) qo‘shiladi. Ingichka ichakda bog‘langan bilirubin urobilinogen va sterkobilinogenga aylanadi, undan najasni sariq ranga bo‘yovchi sterkobilin hosil bo‘ladi. Urobilinogen ichaklarda so‘rilib, yana jigarga qaytadi va gepatotsitlar tomonidan tutilib, o‘t kapillyarlariga o‘tadi. Jigar etishmovchiligida urobilinogen gepatotsitlar tomonidan tutilmaydi, balki siydik bilan ajralib, havo ta‘sirida urobilingacha oksidlanadi (1-rasm).

Sariqlik bilan og‘rigan bemorlarni tekshirishga yondashish

Klinik yoki kimyoviy metod yordamida sariqlik aniqlanishi bilanoq, uni kelib chiqishini erkin yoki bog‘langan bilirubin bog‘liqligini aniqlash muhimdir. Bu masalani echimini topish oddiy usuli bilirubinni peshobda ajralishini aniqlash hisoblanadi: peshobda bilirubinni yo‘qligi giperbilirubinemiyaning bog‘langan bilirubin hisobiga kelib chiqqanligini tahmin qilishga asos bo‘ladi, chunki buyrak ko‘ptokchalaridan bog‘langan bilirubin filtrlanib o‘tmaydi, uni siydik bilan ajralishini giperbilirubinemiyaning erkin bilirubin xisobiga kelib chiqqanligidan darak

beradi. Buni aniqlangandan so'ng qon zardobida Billirubin pigmenti konsratsiyasini o'lchashga o'tish mumkin bo'ladi. Bog'langan Billirubin hisobiga kelib chiqqan giperbilirubenemiya 80-88% umumiy billirubin Vanderberg reaksiyasi orqali aniqlanish miqdori; VEJK metodida esa bu miqdor 96% va undan yuqori bo'ladi. Bemorda giperbillurebinemiya erkin bilan bog'liq bo'lsa, qon zardobidan erkin Billirubinning 50% ni tashkil qiladi. Bunday xolatda qon zardobida mono va diglyukuronidlar aniqlandi.



1-rasm. Organizmda biluribin almashinuvi

Mazkur kasallik turlarini aniqlash shu asosiy belgilarga asoslanib klassifikatsiyalanadi. Billirubin almashinuvining buzilishi quyidagi 4ta mexanizmlardan bir-biri bilan bog'liq bo'ladi:

1. billirubinni xaddan ziyod ko'p miqdorda xosil bo'lishi
2. jigar tomonidan Billirubinni yutilishini pasayishi
3. jigarda billirubinni bog'lanishini pasayishi
4. billirubinni o'tga tushishini kamayishi (ichki va tashqi jigar omillari xisobiga). Billirubin miqdorini olinishiga olib keluvchi patogenetik mexanizmlar yoki patologik jarayonlardan kelib chiqqan xolda sariqlik belgilarini tarflash mumkin. SHu bilan birga gemolitik sariqlik "gepatocelyulyar sariqlik", "obturacion sariqlik xolestatik)" atamalarini ishlatiladi. YUqorida keltirilgan tasnifning foydali tomoni bilan bir qatorda muayyan bemorda billirubin almashinuvining buzilishi bir qancha

mexanizmlari bo'lishi mumkin va bemor sariqligining bir qancha turi bilan og'rishi mumkin.

Billirubin almashinuvining yashirin tuzilishi bilan o'tuvchi sariqlik klassifikatsiyasi:

1.Asosan bog'langan billirubin bilan bog'liq giperbillirubinemiya

Billirubinni xaddan ziyod xosil bo'lishi:

-gemoliz(tomir ichi va tomirdan tashqari)

-noeffektiv eritropoez

jigar orqali o'zlashtirish pasayganda:

-dori vositalari(flavapidikovaya kislota)

-uzoq och qolish(<300kal/sut)

-sepsis

bog'langan billirubinni kamayishi (glyukuroniltransferaza)

Jilber sindromi (transferazalar darajasining uncha katta bo'lmagan pasayishi).

Krigler-nayar sindromi (tug'ma nogemolitik sariqlik 2 tip)(gyulkuronoziltransferaza darajasini qisman pasayishi)

Tug'ma 1 tipdagi nogemolitik sariqlik(gyulkuronoziltransferaza yuqligi)

chaqaloqlar sariqligi

orttirilgan gyulkuronoziltransferaza etishmovchiligi:

-dori vositalar orqali sariqlikni yuzaga chiqmasligi (masalan pregnandiolum va levomiticin bilan)

sepsis

2.Bevosita erkin billirubin xisobiga kelib chiqqan giperbillirubinemiya.

Jigar xujayralarida ekssekretsiyani buzilishi(jigar ichidagi buzilishlar)

Oilaviy yoki irsiy kasalliklar:

-Dabin Jonson sindromi;Rotor sindromi

-Recidivlashgan(yaxshi sifatli)jigar ichi xolestazi

-xomiladorlardagi xolestatik sariqlik

Orttirilgan kasalliklar:

-gepatocellyulyar kasalliklar(masalan virusli yoki dori vositalar asosida kelib chiqqan gepatit)

Dori vositalar tasirida kelib chiqqan xolestaz(masalan peroral xomiladorlikka qarshi moddalar yoki metiltestosteron tasirida)

sepsis

Jigardan tashqari o'tyo'llarinig obstruksiyasi(mexanik obstruksiya masalan,toshlar buriib qolishi,struktura,o't yo'li o'sma kasalligi)

Qon zardobida bog'langan billirubin miqdorini oshishi bilan kechuvchi sariqlik

Billirubinni xaddan ziyod xosil bo'lishi:bilirubin xosil bo'lishini kuchayishi eritrocitlardan HBni ko'p miqdorda ajralib chiqishi va qon oqiwiga yoki to'qimalarga tushishi bilan yuzaga keladi.Bu bog'langan bilirubinni qon zardobida oshishi bilan boradi,ammo bu miqdor kamdan kam 30-40mg/lni tashkil qiladi.

Bunda erkin bilirubin miqdori xam birmuncha tushadi,foiz xisobidan olganda sog'lom odam umumiy bilirubin miqdori 4%ni tashkil qilishi mumkin.

Jigar tomonidan bilirubinni so'rilishini buzilishi:yuqorida qayd qilinganidek,jigar xujayralari tomonidan bilirubinni surilish jarayoni bu pigmentni albumindan ajralib bog'lanish bilan boradi..ayrim xollarda bzi bir dori moddalarini istemol qilganda ayrim bemorlarda bilirubin almashinuvinig bu fazasi buzilishi mumkin.Masalan Jilber sindromi bor bemorlarda shu xolatni kuzatish mumkin.

Glyukuronid bilanbilirubinni bog'lanishini buzilishi:jigar glyukuroniltransferaza fermenti faolligini buzilishini orttirilgan va genetik kelib chiqqan turlari uchraydi.Xomilada va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda uning faolligi past bo'ladi,shuning uchun chaqaloq xayotining 2-5kunida aniqlanadigan fiziologik sariqlikni sababi shunga bo'g'liq bo'lishi mumkin.Jilber sindromida ferment faolligi darajasi qisman pasayadi,chaqaloqlarning II tipdagi tug'ma ,nogemolitik sariqligida qismanpasayadi;kam uchraydigan Itipdagi tug'ma nogemolitik sariqlikda umumiy bilirubin faoliyati bo'lmaydi.

Bilirubin glyukuronil transferaza faolligini orttirilganbuzilishi dori vositalarini tasiri bilan yoki jigar kasalliklari bilan bog'lash mumkin.

Jigar xujayralari butunligi buzilganda jigarning ekskretorlik faoliyati bilirubinni glyukuronid bilan bog'lanishiga araganda ko'proq darajada buziladi.SHu sababli gepatocellyulyar kasalliklarning ko'pchiligida giperbilirubinemiya asosan erkin bilirubin bilan bog'liq bo'ladi.

Qon zardobida erkin bilirubin miqdorini oshishi bilan kechuvchi sariqlik

Jigarda bilirubin ekskretsiyasini buzilishi

O't yo'llariga bilirubin ekskretsiyasini buzilishi, mexanik yoki funktsional omillar bilan bog'liqligidan qat'iy nazar erkin bilirubin konsentratsiyasi qonda oshishi, giperbilirubenemiya va bilirubinemiya keltirib chiqishiga sabab bo'ladi. Siydikda bilirubinni pado bo'lishi erkin bilirubin bilan bog'liq bo'lib giperbilirubinemiya asos bo'ladi va sariqlikni differensial diagnostikasida asosiy belgi hisoblanadi.

YUqoridagi belgilar o't yo'llarini to'liq obstruksiya bo'lishida xam bir xil bo'ladi. Bu xolat shuni ko'rsatadiki gepatoselyular kasallikdagi sariqlikni jigardan tashqari o't yo'llari obstruksiyasi bilan kechuvchi sariqlikdan differensial diagnostika qilish qiyin bo'ladi, bunda faqat bilirubin almashinuvidagi o'zgarishlarga asoslanadi.

Xaqiqatdan xam bu 2 xil xolatga qaysidir biokimyoviy kriteriyalarga asoslanib tashxis qo'yish qiyin kechadi. Bu kasalliklarga tashxis qo'yishda jigar to'qimasidan biopsiya olib tekshiriladi yoki boshqa tashxisot usullari o'tkaziladi (masalan UTT tekshiruv).

Erkin bilirubinni o'tga ekskretsiyasi buzilganda mazkur pigmentning qanday yo'l bilan qon sistemasiga tushishini aniqlash maqsadga muvofiqdir. Bu «qaytalama xarakat» ni kelib chiqishini asoslovchi bir qancha gipotezalar taklif qilingan.

1. devorini tashkil qilgan jigar xujayralarining nekrozi tufayli o't kanalchalarini yirtilishi
2. Quyuvlashib qolgan o't bilan kanalchalarining tiqilishi yoki shishgan jigar xujayralari bilan o't kanalchalarini ezilishi
3. YAllig'langan hujayralar tomonidan terminal jigar ichi o't yo'llarini xolangiolalar berkilib qolishi
4. Jigar xujayralari o'tkazuvchanligi o'zgarishi
5. Erkin bilirubinni gepatositlarda to'planishi va natijada bilirubinni plazmaga diffuz yo'l bilan o'tishiga olib keluvchi ekskretsiyani buzilishi.

Bu gipotezalardan ayrimlari aqliy yondoshishi bilan bog'lik bo'lganligi tufayli xaqiqatdan yiroq emas. Masalan, ayrim xollarda gistologik tekshiruvlar natijasida o'tni o't kanalchalari devori tirqishlaridan nekroz maydonchasiga sizib o'tganligi aniklanishi mumkin. YOki masalan, kalamushlar jigarini flyuretssent bo'yoq yuborish yo'li bilan makroskopik tekshirganda o'tni o't kanalchalaridan refluks yo'li bilan sinusoid kapilyalarga o'tganligi aniqlanadi. SHunga qaramasdan, bu xolda qandaydir anatomik etishmovchilik (defekt) qidirish shart emas, chunki sog'lom

to'qimaga yuqori dozadagi bog'langan bilirubinni yuborishganda erkin bilirubin konsentratsiyasini oshishi bilan keluvchi giperbilirubinemiya kuzatiladi, jigar oddiy asoslanilsa bu passiv diffuziya holatidan darak beradi.

Jigardan tashqari o't yo'llari obstruksiyasi

Jigardan tashqari o't yo'llarining to'liq obstruksiyasi (berkilib qolishi) erkin bilirubin hisobiga kelib chiquvchi giperbilirubinemiya, bilirubinuriya va axlat massasini rangli bo'lishi bilan xarakterlanuvchi sariqlik rivojlanishiga olib keladi. Chunki o't ichakka tushmaydi, axlat massalari va peshobda urobilinogen yo'qoladi. Bilirubin miqdori asta-sekin ko'tariladi, keyinchalik o'zgarishsiz qoladi, 300-400 mg/l ni tashkil etadi. Qaysidir darajada bu plato buyraklar tomonidan bilirubinni ekskretsiya qilinishini va uni boshqa metabolitlarga aylanishi orasida muvozanat bo'lishini taminlaydi.

Gepatotsellyulyar sariqlikda bunday solishtirish muxim emas, lekin bilirubin miqdori 500 mg/l dan oshadi, bu esa bir vaqtni o'zida sodir bulayotgan gemoliz va buyrak etishmovchiligi bilan kelishi o't yo'llarining qisman obstruksiyasi ham sariqlikka olib kelishi mumkin, ammo bu xolat o't yo'llarida bosim yuqori bo'lgandigina kuzatiladi, chunki bilirubin ajralishi o't yo'llari ichida 250 mm.sim.ust. ga teng xolatga etmaguncha kamaymaydi.

Sariqlik o't yo'llari obstruksiyasi

Gepatotsellyular etishmovchilik yoki infeksiya tasirida kelib chiqqan xolatda xam kelib chiqishi mumkin. SHuning uchun jigardan tashkari o't yo'llari obstruksiyasida har doim ham loy rangidagi najas massalari va bilirubinuriya kuzatilmaydi, urobilinogenni siydikdagi va najasdagi obstruksiya darajasiga qarab o'zgarib turadi.

Jigarning funksional rezervi shunchalik kattaki, jigar ichi o't yo'llarini berkilib qolishi, agar o'tning parenximaning katta maydonchasiga chiqishi to'xtamasa, sariqlik keltirib chiqarmaydi. Xatto jigarning 2 ta asosiy o't yo'llari yoki talaygina ikkilamchi o't yo'llarining tiqilib qolishi xam sariqlik keltirib chiqarmasligi mumkin.

Tajribaga olingan xayvonlarda jigar parenximasini 75 % maydonini drenaj qiluvchi o't yo'llarini tiqilishi lozim bo'ldi, to bu xayvonlarda sariqlik kelib chiqquncha bo'lgan vaqt oralig'ida.

Sariqlikning qo'shimcha o'ziga xos asoslari.

Klinik amaliyotda obturatsion yoki xolestatik sariqlik to'g'risida malumotlar olish mumkin. Bu shundan darak beradigan hepatotsellyular etishmovchilik klinik va ayniqsa biokimyoviy kursatkichlar bo'yicha alohida asosga ega emas, kasallikning

asosiy belgilari o't ajralib chiqish yo'llarini tiqilishi yoki buzilish bilan boradi. Tipik holatlarda quyidagilarni bemorlarda quyidagilarni kuzatish mumkin:

1. Erkin billirubin bilan bog'lik giperbilirubinemiya ;
2. Jigar parenximasini zararlanishini xarakterlovchi minimal biokimyoviy o'zgarishlar;
3. Ishqoriy fosfataza darajasini o'rtacha yoki yaqqol ko'tarilishi (asosan 3 yoki 4 marta normadan yukori bulishi, yoki 250 ME/l) bo'lishi

Sariqlik yoki jigar kasalliklarida ishqoriy fosfataza miqdorini yuqori darajada oshishi o't sekretsiasining buzilishi yoki jigardagi infiltrativ jarayon kechayotganining yaqqol dalili bo'lib hisoblanadi. SHunga qaramasdan jigar ichi xolestazini jigardan tashqari xolestaz bilan differensial tashxislashda birgina laboratoriya tekshirishlar ko'rsatkichlariga tayanishi kamlik qiladi.

Ayrim klinitsistlar «obturatsion sariqlik» atamasini o't yo'llarining anatomik obstruksiyasi holatlarida ishlatishadi, «xolestatik sariqlik » atamasini esa, obturatsion faza funksional bo'lib, jigar parenximasi shikastlanishida ishlatiladi. Har ikkala holat bir – biriga biokimyoviy va klinik parametrlar bo'yicha bog'lik bo'lganligidan, «obturatsion sariqlik» va «xolestatik sariqlik» atamalari bir hilda ishlatiladi.

Obturatsion yoki xolestatik sariqlik bilan kechuvchi gepatotsellyulyar o'zgarishlar quyidagicha bo'lishi mumkin:

1. virusli geratitning kamdan kam uchrashi;
2. Dori vositalariniga reaksiya, asosan xlorpromazin (aminazin) va metiltestosteron;
3. alkogolli gepatit yoki alkogol fonida kelib chiqqan yog'li gepatit
4. Homiladorlikning oxirgi trimestrdagi sariqlik
5. Ko'p holatlarda Dabin – Djonson yoki Rotor sindromlarida
6. YAxshi sifatli, retsedivirlangan jigar ichi xolestazi;

Xulosaqilib aytish mumkinki, erkin billirubin bilan bog'liq barcha giperbillirubinemiya shakllari billirubinni o't suyuqligiga tushmasligini asoslaydi. Ko'p hollarda jigar parenximatoz kasalliklarida jigar funksiyasini belgilovchi biokimyoviy o'zgarishlarni ko'rish mumkin.

SHu asnoda jigarni funksiyasini belgilovchi holat bo'lib, erkin billirubin bilan bog'lik giperbillirubinemiya va ishqoriy fosfatazani qon zardobida o'rtacha yoki yaqqol oshishi ahamiyatlidir. Bunda «obturatsion» yoki «xolestatik sariqlik» atamasini qo'llash to'g'ri bo'ladi.

Xolestaz sababini bilish uchun ko'p xollarda qo'shimcha metodlardan, operativ yondashuvdan foydalanish mumkin bo'ladi.

Qon zardobidagi umumiy bilirubindan laboratoriya tekshiruvlari yordamida bog'langan (konyugirlangan, bevosita) va bog'lanmagan (konyugirlanmagan, bilvosita) bilirubin ko'rsatkichlari aniqlanadi. Sog'lom kishi qon zardobida umumiy bilirubin miqdori 3,4-20,5 mkmol/l, bog'langan bilirubin uni 15% yoki 0-3,4 mkmol /l, bog'lanmagan bilirubin 7,1 mkmol/l.ni tashkil qiladi. Odatda qon zardobi bilirubini ko'rsatkichi 51,3 mkmol/l dan oshmasa sariqlik namoyon bo'lmaydi. Sariqlik og'irlik darajasini umumiy giperbilirubinemiya ko'rsatkichi belgilaydi va engil (85 mkmol /l.), o'rtacha (86-169 mkmol/l), og'ir (170 mkmol/l.dan yuqori) sariqlik farqlanadi.

Sariqlikka chalingan bemorlarni sinchkovlik bilan ko'zdan kechirish va ob'ektiv ko'rikdan o'tkazish uning sababini aniqlashda muhim ahamiyatga ega ekanligini UAV unutmashligi lozim.

Gemolitik sariqliklar

Gemolitik sariqlik – eritrotsitlarning osmotik rezistentligi va mexanik chidamliligining kamayishi hamda ularning parchalanishi bilan bog'liq. Unda ko'p miqdorda gemoglobin ozod bo'lib, bir kunlik miqdori 45 g gacha (me'yorida 6,25) etadi va mos ravishda bilirubin miqdori ortib, uning 35 % ni bog'lanmagan (konyugirlanmagan) fraksiya tashkil etadi. Erimaydigan va siydik bilan ajralmaydigan bilirubinning ushbu fraksiyasi organizm to'qimalari uchun zahar hisoblanadi. Sariqlikning ushbu ko'rinishi aksariyat hollarda yoshlarda uchrab, morfologik tomondan gepatotsitlarda o'zgarishlar kuzatilmaganligi sababli jigar kam zararlanadi. Ayrim hollarda to'satdan gemolitik kriz kuzatilib, tana haroratining ko'tarilishi, qayd qilish, teri va ko'z shilliq pardalarining sarg'ayishi, taloqning kattalashishi bilan kechib, najaz va siydik rangi o'zgarmaydi. Klinik tomondan yaqqol namoyon bo'lmagan sariqlik, terining sariq limon tusda bo'lishi, rangparlik belgilari xosdir. Kamqonlikning namoyon bo'lishi eritrotsitlarning parchalanish tezligi va hosil bo'lishi bilan uzviy bog'liq. Odatda gemolitik kriz vaqtida kamqonlik kuchayib boradi va bemorlarda qorinda va qo'l-oyoqlarda og'riq, isitmalash, bosh og'rig'i, qon bosimining pasayib ketishi, kollaps kuzatilishi mumkin. Qonda leykotsitoz, retikulotsitlar sonining 20% gacha oshishi, konyugirlanmagan bilirubinning me'yoridan ko'tarilishi qayd etiladi. Gemolitik sariqlikka irsiy mikroferrotsitoz, irsiy stomatsitoz, glyukoza-6-fosfatdehidrogenaza tansiqigidan kelib chiquvchi irsiy gemolitik va autoimmun gemolitik anemiya, talassemiya, paroksizmal tungi gemoglobinuriyalar kiradi.

Nasliy mikrosferotsitoz (Minkovskiy-SHoffar kasalligi) dominant yoki retsessiv yo'l bilan nasldan-naslga o'tadigan kasallikdir. O'z qobig'idagi etishmovchilik sababli eritrotsitlarning xujayra ichida parchalanishi oqibatida yuzaga keladi. Asosiy belgilari: sariqlik, kamqonlik, splenomegaliya, siydikda o't pigmentlarining aniqlanishi. Bemorlarda sariqlik belgilari tezda paydo bo'lmay, yuqumli kasalliklar qo'shilganda yoki bemor u bilan asoratlanganda yuzaga kelishi mumkin. Kriz vaqtida qondagi gemoglobin ko'rsatkichlari keskin kamayib, ba'zan 40-50 g/l gacha tushib ketadi.

O'roqsimon xujayrali kamqonlikda - gimolitik kriz hamda yaqqol og'riq sindromi, jigarning o'tkir zararlanishi, o'ng qobirg'a yoyi ostida og'riq, isitmalash, yaqqol namoyon bo'lgan sariqlik belgilari kuzatiladi. Qonda transaminazalar, ishqorli fosfatazalar va bilirubinning surunkali yuqori darajada bo'lishi qayd etiladi.

Talassemiya – gemogloblin sintezining nasliy buzilishi hisoblanib, sariqlik paydo bo'lishi, jigar va taloq kattalashishi, bog'lanmagan bilirubin, retikulotsitlarning oshishi, morfologik o'zgargan eritrotsitlarning (anizo-poykilotsitoz) paydo bo'lishi bilan kechadi. Bemorlarda gemolitik krizlar, isitmalash, suyak iligida o'zgarishlar, jigarda sideroz, ba'zan esa fibroz kuzatiladi.

Irsiy stomatsitoz - eritrotsitlar membranasi etishmovchiligi bilan xarakterlanadi va shakli o'ziga xos bo'lib, og'izga o'xshab qoladi. Anemiya (gemoglobin 70-90 g/l, krizdan tashqari vaqtda, 30-50 g/l-kriz paytida), konyugirlanmagan bilirubin hisobida sariqlik bilan namoyon bo'ladi va odatda taloq kattalashmaydi.

Irsiy glyukozo – 6 - fosfatdehidrogenaza defitsitidan kelib chiquvchi gemolitik anemiya. Ko'proq erkaklarda uchraydi, retsessiv tipda nasldan-naslga o'tadi. Sariqlik, isitma ko'tarilishi, qorinda og'riq va dukkakli o'simliklar, ba'zi dori vositalari (sulfanilamidlar, xloramfenikol, furazolidon, fenatsetin, aspirin, xinin, pentanin va h.k.) qabul qilinganida, siydikning to'q rangga bo'yalish belgilari bilan namoyon bo'ladi.

Yuqorida ko'rsatilgan dori vositalari qabul qilingandan so'ng 3-5 kun o'tgach, odatda kriz yuzaga keladi. Krizdan tashqari hollarda qondagi 6-fosfatdehidrogenaza faolligi aniqlanganda, uning kamayganligi yoki butunlay yo'qligi kuzatiladi. Ushbu kasallikda kuzatiladigan etuk eritrotsitlarning massiv gemolizi asosida glyutationning tiklanish jarayonining buzilishi yotadi.

Paroksizmal tungi gemoglobinuriya (Markiafavi-Mikeli kasalligi)-orttirilgan gemolitik anemiya, eritrotsitlar tizimining o'zgarishi va tomirlar ichi gemolizi bilan bog'liq. Krizlar tunda rivojlanib, qorinda og'riq va mayda venalar trombozi kuzatiladi. Qorindagi og'riq ba'zan shunchalik kuchli bo'ladiki, bemorlar appenditsit

yoki boshqa jarrohlik kasalliklariga shubha bilan operatsiya qilinadi. SHuningdek, jigar, taloqo‘rtacha kattalashgan, titroq, harorat 40° gacha ko‘tarilishi, teri va sklera sarg‘ayishi kuzatiladi. To‘q rangli siydik gemoglobinuriya – eritrotsitlar bo‘lmasligi bilan xarakterlanadi. Bilirubin darajasi kon‘yugirlanmagan fraksiya hisobiga ortadi.

Autoimmun gemolitik anemiya – tomirlar ichi gemolizi bilan namoyon bo‘luvchi va sariqlik bilan kechuvchi orttirilgan gemolitik kamqonlik. O‘tkir va surunkali bo‘lishi mumkin. Ushbu anemiya bilan og‘rigan bemorlarning 40% da uning yuzaga kelish sabablari noaniqligicha qolsa (idiopatik), 60% da unga olib kelgan asosiy kasallikni aniqlash mumkin. Ko‘pincha bu limfagranulematoz, limfoleykoz, immunokompleksli kasalliklar, yarali kolit, bezgak, sepsis yoki toksoplazmoz bo‘ladi. Qonda eritrotsitlarni eritish qobiliyatiga ega bo‘lgan antitelalar aniqlanadi.

Klinikasi: artralgiya, qorin og‘rig‘i, holsizlik, sariqlik, jigar va taloq kattalashgan. Bilirubin kon‘yugirlanmagan fraksiya hisobiga 40-60 mk/mol.gacha oshadi. SHuningdek, retikulotsitoz, makrotsitoz, mikrotsitoz, eritrotsitlarni osmotik rezistentligi pasayishi kuzatiladi.

YUqumli kasalliklar orasida gemolitik sariqlik bezgakda kuzatiladi. Bu o‘tkir, transmissiv kasallik bo‘lib, plazmodiyalar chaqiradi. Unga tana haroratining betartib ravishda ortishi va pasayishi, sariqlik, gepatosplenomegaliya, kamqonlik xos. Kasallik patogenezida bezgak paraziti ta’siri ostida eritrotsitlarning emirilishi oqibatida ularning gemolizga uchrashi yotadi. Tashhis qo‘yishda kasallik tarixiga oid ma’lumotlar (bemorni endemik o‘choqlar – Afrika, Osiyo, Markaziy Amerikada bo‘lganligi), tana haroratining titrash, qizib ketish, ter ajralishi holatlari bilan ketma-ketlikda ko‘tarilishi xosligi katta axamiyatga ega. Bezgakni chaqirgan parazit turidan kelib chiqqan holda 3 kunlik, 4 kunlik va tropik bezgak farqlanadi.

Periferik qon surtmasida plazmodiyalar aniqlangan (“semiz tomchi” usuli) holda tashhis tasdiqlanadi. Qonda erkin bilirubin miqdori ortgani holda, ALT, AST ko‘rsatkichlari me’yorida bo‘ladi.

UAV gemolitik anemiyaga shubha bo‘lgan barcha hollarda bemorni ixtisoslashtirilgan shifoxonaga yuborishi lozim.

Jigar sariqliklari

Jigar sariqligi gepatotsitlarning (va xolangiolalar) zararlanishi natijasida uning bilirubin ajratish, tutib qolish va regurgitatsiya qobiliyati buzilishi oqibatida kuzatiladi. Kelib chiqishiga virusli gepatitlar (A,V,S,D,E), shu jumladan, surunkalilari, yuqumli mononukleoz, sitomegalovirus infeksiyasi, leptospiroz, ichak iersiniozi, nasliy pigmentli gepatozlar, toksik gepatitlar, alkogolli gepatit va jigar

sirrozlari sabab bo'ladi. Jigar to'qimasi shikastlanishi natijasida yuzaga keladigan sariqliklar orasida keng tarqalgani virusli gepatitlar hisoblanadi. Ularni o'z vaqtida tashhishlash va tegishli tibbiy chora-tadbirlar ko'rish muhim amaliy ahamiyatga ega. SHuning uchun UAV jigar sariqligiga olib keluvchi kasalliklar to'g'risida batafsil ma'lumotga ega bo'lmog'i lozim.

Virusli gepatit A (VGA) – o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, antroponozlar guruhiga mansub va ko'proq bolalarda uchraydi hamda kechishida davriylik xos. Kasallikning subklinik yoki sariqliksiz – kam belgilar bilan kechadigan shakllari mavjud. YAshirin davrning so'nggi kunlari va xastalik boshlang'ich davrining ilk haftasini boshidan kechirayotgan bemorlar infeksiya manbai bo'lib xizmat qiladi. Uning fekal-oral tarqalishi - maishiy aloqa, oziq-ovqat mahsulotlari va suv orqali amalga oshadi. Kasallikning yirik o'choqlari aholini suv bilan ta'minlovchi havzalarning najas bilan ifloslanishi oqibatida yuzaga keladi va ko'pincha kuz-qish fasllarida kuzatiladi. Gepatit A ning o'ziga xosligi, klinik jihatdan engil kechishi va jarayonning surunkali bosqichga o'tish xavfi umuman yo'qligidadir. VGA, boshqa gepatitlar kabi sariqlik yoki usiz kechishi mumkin. Sariqlik oldi davri odatda 4–5 kun davom etadi. Ko'p hollarda grippga o'xshash va aralash kechishi, ba'zan – dispeptik va astenovegetativ shaklda kuzatiladi hamda ushbu davr tana harorati ko'tarilishi, behollik, bosh og'rishi, ishtaha susayishi bilan davom etadi. Sariqlik oldi davri so'nggida peshob to'yingan, najas esa aksincha oqish rangga ega bo'ladi. VGA ning sariqlik davri peshob rangining to'yinishi, skleralar, og'iz-halqum shilliq qavati va teri sarg'ayishi bilan boshlanadi. Behollik, uyquchanlik, ishtaha susayishi, o'ng qovurg'a osti sohasida simillovchi og'riqlar kuzatiladi. Sariqlik davri davomiyligi 7–15 kun. VGAning asosiy xos markerlari - erta anti-NAV IgM antitanachalardir. Ular qon zardobida yashirin davrning 5–10-kunidan boshlab paydo bo'ladi va kasallikning kechishi davomida aniqlanadi. Kechki anti-NAV IgG aniqlanishi ilgari VGA boshdan kechirganligidan dalolat beradi. Kasallikka qarshi emlash deyarli doimo butun hayot mobaynida immunitet shakllanishiga sharoit yaratadi.

Tayanch tashhisiy belgilar:

kasallikni asosan aloqa yo'l bilan tarqalishi;

epidemik o'choqlar shakllanishi va kasallikni guruhli kechishi;

kasallikni sentyabr–yanvar oylarida ko'p uchrashi;

asosan bolalar yoki navqiron yoshlilarda rivojlanishi;

odatda tana haroratining yuqori darajagacha ko'tarilishi bilan boshlanishi;

sariqlik oldi davri qisqa muddat, 4–5 kun davom etib, ko‘p hollarda dispeptik belgilar bilan kechishi;

sariqlik paydo bo‘lgach, bemor umumiy ahvolining og‘irlashmasligi, uning engil namoyon bo‘lishi va qisqa muddat davom etishi;

umumiy zaharlanish belgilarining engil bo‘lishi va kasallikning og‘ir shakllari kamdan-kam hollarda rivojlanishi;

jarayonning surunkali tus olmasligi;

qon zardobida anti-HAV-IgM aniqlanishi.

Virusli gepatit V (VGV) – JSST ma’lumotlariga ko‘ra, VGV markerlari dunyo aholisining 1/3 qismida aniqlanadi. Har yili undan 2 mln. kishi, ulardan 100 mingi o‘ta o‘tkir kechuvchi turidan halok bo‘ladi. VGV katta yoshlilarda, ayniqsa 40 yoshdan so‘ng ko‘p uchraydi. Kasallikning o‘tkir va surunkali shakli sog‘lom kishiga bemor qoni va uning mahsulotlari – shahvat, so‘lak, qin ajralmasi, ter va ko‘z yoshlari orqali yuqadi. Unga turli vena ichiga va mushak orasiga qilingan in’eksiyalar, jarrohlik amaliyoti, stomatologda davolanish sabab bo‘lishi mumkin. Jarrohlar, stomatologlar, akusher-ginekologlar, qon bilan ishlovchi laboratoriya xodimlari, giyohvandlar xavfli guruhga kiradilar. Gepatit V ning o‘ziga xos xususiyati, sariqlik davri boshlanishi bilan kasallik kechishi yaqqol namoyon bo‘lib, oqibati doimo ijobiy yakun topmaydi. Sariqlik oldi davri 2 hafta davom etib, ko‘p hollarda artraljik sindrom, asteniya va umumiy zaharlanish belgilari yaqqol ifodalangan bo‘ladi. Gepatit V ning prodromal davri zardob kasalligi kabi kechib, eshakem yoki dog‘li-tugmasimon toshmalar, mayda bo‘g‘imlar poliartriti (25% hollarda) kabi belgilar xos. Ba’zi hollarda gepatit V ning o‘ta o‘tkir kechishi kuzatilib, aksariyat vaziyatlarda o‘lim bilan tugaydi. Kasallik oqibatida bemor sog‘ayishi, shuningdek, surunkali gepatit V (6–10% hollarda) rivojlanishi mumkin. Bu holda bemorda jigar sirrozi va uning xujayrali karsinomasi vujudga kelish ehtimoli bor.

Serologik tekshiruvlarda qonda virus V markerlari (HVsAg va anti-HBs, anti HVcIgM, HVeAg va anti-HVe, DNK-VGV), ularning miqdori, eliminatsiyasi va serokonversiya muddatlari ma’lumotlari VGV tashhisini tasdiqlaydi.

Tayanch tashhisiy belgilar:

3–6 oy mobaynida parenteral muolajalar o‘tkazilganligi;

mavsumiylik yo‘qligi;

sariqlik oldi davrini artraljik sindrom bilan kechuvchi VGV ga nisbatan sust, lekin uzoq muddat davom etishi;

sariqlik paydo bo'lganda, bemor ahvolining og'irlashishi;

qonda HVsAg va o'tkir gepatit B ning boshqa markerlari (HBeAg, anti-HBc IgM, DNK-VGV) aniqlanishi.

Virusli gepatit S (VGS) ham parenteral virusli gepatitlar guruhiga mansub bo'lsa ham, qator o'ziga xos xususiyatlarga ega. Uning yashirin davri 2 haftadan 3 oygacha, ba'zan bir necha kundan 52 haftagacha davom etadi va barcha yoshdagi kishilar kasallanadi. Belgilarsiz yoki yaqqol klinik simptomlar bilan kuzatilgan hollarda ham, VGV ga nisbatan engil kechadi. VGS uchun kasallikni sariqliksiz kechishi xos; sariqlik sindromi 14 – 37 % hollarda qayd etiladi. VGS ning klinik yaqqol ifodalangan shakllari rivojlangan hollarda boshqa virusli gepatitlarga xos bo'lgan davriylik kuzatiladi. Kasallik odatda asta-sekin rivojlanadi. Sariqlik oldi davrida umumiy zaharlanish belgilari umuman kuzatilmaydi yoki yaqqol ifodalanmagan bo'ladi, bemorni behollik, ko'ngil aynishi, ishtaha susayishi kabi belgilar bezovta qiladi. Sariqlik davrida umumiy zaharlanish belgilari sust ifodalanadi. Uning davomiylik muddati 10–20 kundan (ko'p hollarda 14 kundan ortiq) iborat bo'lib, transaminazalar miqdori ortishi kuzatiladi. VGS asosan engil kechishiga qaramay, kasallikning fulminant (yomon sifatli, og'ir kechadigan) shakllari rivojlanishi mumkin. Uning so'nggi shakli asoratlanmagan anamnezga ega, ammo immun tanqisligi mavjud shaxslarda, jigarning surunkali kasalligi bilan xasta bemorlarda, VGS rivojlangan hollarda, bolalarda perinatal infeksiyalanishda kuzatiladi. O'tkir infeksiyadan so'ng surunkali shakli rivojlanishi (50–70% hollarda) VGS ning o'ziga xos xususiyati hisoblanadi. HCV-infeksiya birlamchi gepatotsellyulyar karsinoma rivojlanishi omillaridan biri bo'lib xizmat qiladi. Jigar surunkali kasalliklari rivojlanishi xavfi HCV-infeksiya o'ta yuqori bo'lganligi sababli, anti-HCV mavjud shaxslarda doimiy kuzatuv olib borilishi shart. Ko'p hollarda gepatit S ning o'tkir bosqichi kuzatilmaydigan birlamchi-surunkali shakllari aniqlanadi.

VGSning laborator tashhisi RNK-virus va unga antitanachalarni aniqlashga asoslangan. O'tkir gepatit S bilan xasta bemorning qon zardobida gepatit S virusi RNK si PZR (RNK – HCV) usuli bilan kasallik yuqqanidan 1–2 hafta o'tgach aniqlanadi. RNK-HCV aniqlanishi organizmda gepatit S virusi mavjudligidan dalolat beradi. Infeksiya jarayonida virusemiyaning uch turi farqlanadi:

tranzitor (o'tkir VGS da, bemor sog'ayishi bilan kechganda) – qisqa muddat mobaynida qayd etilib, virus eliminatsiyasi bilan kechadi;

persistirlovchi (surunkali VGS asosida) – bir necha yillar davomida muntazam ravishda RNK-HCV aniqlanishi bilan kechadi;

qaytalanuvchi kasallik boshlanishida virus aniqlanganligi va ma'lum vaqt o'tgach RNK-HCV yo'qolishi kuzatiladi, bir necha oydan so'ng esa qayta aniqlanadi (ko'p hollarda antivirus terapiya o'tkazilganda kuzatiladi).

Virusli gepatit D – delta gepatit virusi, uning tashqi qavati gepatit V virusining (HBsAg) yuzaki antigeni bilan ifodalangan. Zarra markazida tarkibida mayda RNK (genom) tutuvchi maxsus antigen (HDAg) joylashgan. Gepatit D virusi o'z replikatsiyasi uchun gepatit V virusining obligat xelper faoliyatiga muhtoj. U asosan surunkali gepatit V bilan xasta bemorlarda uchraydi. Delta-infeksiya faqat parenteral yo'l bilan tarqaladi.

Rivojlanish mexanizmiga ko'ra kasallikning 3 turi farqlanadi:

aralash – o'tkir gepatit V va delta-infeksiya (koinfeksiya);

surunkali gepatit V va o'tkir VGD (superinfeksiya);

surunkali gepatit delta.

HBsAg tashuvchilik asosida delta-infeksiyaning o'tkir, uzoq muddatli va surunkali kechishi farqlanadi. Gepatit V va D viruslari koinfeksiyasida kasallik xavfli fulminant shakllari kabi og'ir kechadi. O'tkir boshlanib, tana harorati 38–39° S ko'tariladi, umumiy zaharlanish belgilari yaqqol ifodalangan bo'ladi. Sariqlik oldi davri 2–3 kun davom etadi. Sariqlik paydo bo'lishi bilan bemor ahvoli yanada og'irlashadi, gemorragik sindrom kuzatiladi, jigar va taloq o'lchamlari kattalashadi. Klinik belgilari tez avj oladi, jigar komasi rivojlanadi, kasallikning 2–3- kuniga borib, bemor vafot etadi.

Delta-infeksiya tashhisi gepatotsitlar va qon zardobida delta virusi markerlari va uning antitanachalarini aniqlash asosida qo'yiladi. Virusli gepatitga shubha tug'ilgan hollarda, UAV bemorga yotoq tartibi, 5-parhez dasturxonini, ko'p miqdorda suyuqlik qabul qilishni tavsiya qilmog'i lozim. Qonda bilirubin va jigar xujayra fermentlari – ALT, AST miqdorini aniqlashni buyurishi kerak. Ko'rsatkichlar yuqori bo'lgan hollarda bemorni infeksiyachil maslahatiga yuborish zarur.

Virusli gepatit E – fekal-oral yo'l bilan tarqaluvchi, klinik belgilari bo'yicha virusli gepatit A kabi kechuvchi infeksiya. Yashirin davri 10–60 kun, ko'p hollarda 30–40 kuni tashkil etadi. Kasallik odatda asta-sekin boshlanadi. Sariqlik oldi davri 1–9 kun, ko'p hollarda 3–4 kun davom etadi. Bu davrda behollik, umumiy noxushlik, ishtahaning pasayishi, bemorlarning uchdan bir qismida - ko'ngil aynishi, qayt qilish kuzatiladi. Bemorlarning ko'p qismida epigastral va o'ng qovurg'a osti sohasida og'riqlar qayd etilib, ba'zan o'ta kuchli bo'ladi, qator hollarda esa u kasallikning ilk belgilaridan biri hisoblanadi. Tana harorati ba'zan 38° S gacha ko'tarilishi mumkin.

Bo'g'imda og'riqlar va urtikar toshmalar xos emas. Asoratlanmagan hollarda sariqlik davri 1-3 hafta davom etib, peshobning to'q rangga kirishi, najas oqarishi, teri va skleralar sarg'ayishi (ba'zan yaqqol), jigar kattalashuvi (bemorlarning ko'p qismida qovurg'a ravog'idan 3–6 sm. pastda bo'ladi), giperbilirubinemiya, transaminazalar faolligi ortishi bilan birgalikda kechadi. VGA dan farqli o'laroq, sariqlik paydo bo'lgach, umumiy zaharlanish belgilari yo'qolmaydi. Bemorlarni shu vaqtga qadar mavjud bo'lgan shikoyatlari – behollik, ishtahaning yomonlashuvi, epigastral va o'ng qovurg'a osti sohasidagi og'riqlar bezovta qilishi davom etadi, subfebril tana harorati, teri qichishi kuzatilishi mumkin. Sog'ayish davri 1–2 oy davom etib, klinik-biokimyoviy ko'rsatkichlar asta-sekin me'yoriga qaytadi. Qator hollarda kasallik uzoq cho'zilib, homilador ayollarda og'ir kechishi kuzatiladi. VGE og'ir shakli uchun eritrotsitlar gemolizi oqibatida gemoglobinuriya, o'tkir buyrak etishmovchiligi va gemorragik sindrom xos. Gemoglobinuriya VGE og'ir shakli bilan xasta bemorlarning 80% da va jigar ensefalopatiyasi kuzatilayotgan bemorlarning deyarli barchasida aniqlanadi va boshqa a'zolardan qon ketishi bilan (ba'zan ko'p miqdorda) namoyon bo'ladi. Kasallikning og'irlik darajasi va gemostazning zardobga bog'liq omillari holati o'rtasida o'zaro uzviy muvozanat mavjud. Qon ivishi zardob omillari, shuningdek, proteaza ingibitorlari miqdorining keskin kamayib ketishi bemor ahvolining yanada og'irlashuvi va o'tkir jigar ensefalopatiyasining klinik belgilari yuzaga chiqishidan 1-2 kun avval rivojlanishi kasallikning oqibatini aniqlashda muhim ahamiyat kasb etadi.

Ko'p hollarda VGE engil va o'rta og'ir shakllarda kechadi va bemor sog'ayib ketadi. SHu bilan bir qatorda, ularning bir qismida asosan yuqorida ta'kidlaganimizdek, homiladorlarda VGE og'ir va fulminant shakllarda kechib, o'tkir jigar ensefalopatiyasi rivojlanishi va o'lim bilan tugashi mumkin. Kasallik tarqalgan vaqtda o'lim xolati 1–5%, homiladorlarda, ayniqsa uning II yarmida ko'proq kuzatiladi. Homiladorlar o'rtasida yuqori o'lim holati VGE tarqalishining o'ziga xos tashhisiy o'lchami hisoblanadi. Homiladorlikning kechki muddatlarida (24 haftadan yuqori) bemor umumiy ahvoli tug'ruq (homila tushishi mumkin) oldidan yoki undan so'ng keskin og'irlashadi, kasallikning ilk 2 haftasi mobaynida koma oldi holati belgilari va o'tkir jigar ensefalopatiyasi juda tez rivojlanadi hamda yaqin 1–2 kun davomida chuqur jigar komasiga o'tish holatlari kuzatiladi; tug'ruqda ko'p qon ketishi bilan ifodalangan yaqqol gemorragik sindrom, ko'p hollarda homilaning antenatal o'limi va jigar-buyrak etishmovchiligi rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Surunkali gepatit V bilan xasta bemor E virusli infeksiyaga uchraganda, kasallikning o'ta noxush kechishi kuzatiladi. Bunday hollarda o'lim ko'rsatkichi ba'zan 75 – 80% ga etadi. Hozirgi vaqtda immun ferment tahlil usuli bilan gepatit E virusiga antitanachalarni aniqlash uchun tashhisiy sinov tizimlari ishlab chiqilgan. Anti- HEV-

IgG mavjudligi gepatit E virusi bilan bundan ilgari bo‘lib o‘tgan aloqadan dalolat beradi.

ADABIYOTLAR

YU.R.Kovalyov «Vnutrennie bolezni v voprosax i otvetax»/2004g

F.I.Komarov «Rukovodstvo po gastroenterologii»/1995g

Dan L.Longo. Anthoni S.Fauci - Harisons Gastroenterology and Hepatology

Haile T. Debas- Gastrointestinal Surgery

5.S.Keshav - The Gastrointestinal System At a Glance

doktor-lib.com/.../47-glava38-zheltuxa-...

7.www.tiensmed.ru/news/jeltuha-

T.R. Xarrison. Ichki kasalliklar 1 tom 451-bet

8-MA'RUZA MAVZUSI

PATOLOGIK SIYDIK CHO'KMASIDA DIFFERENTSIAL TASHXIS. PROTEINURIYA, LEYKOTSITURIYA, GEMATURIYA, TSILINDURIYA VA BOSHQALAR BILAN KECHADIGAN KASALLIKLARNING DIFFERENTSIAL TASHXISOTI. PROFILAKTIKA. UASH TAKTIKASI

MA'RUZA REJASI

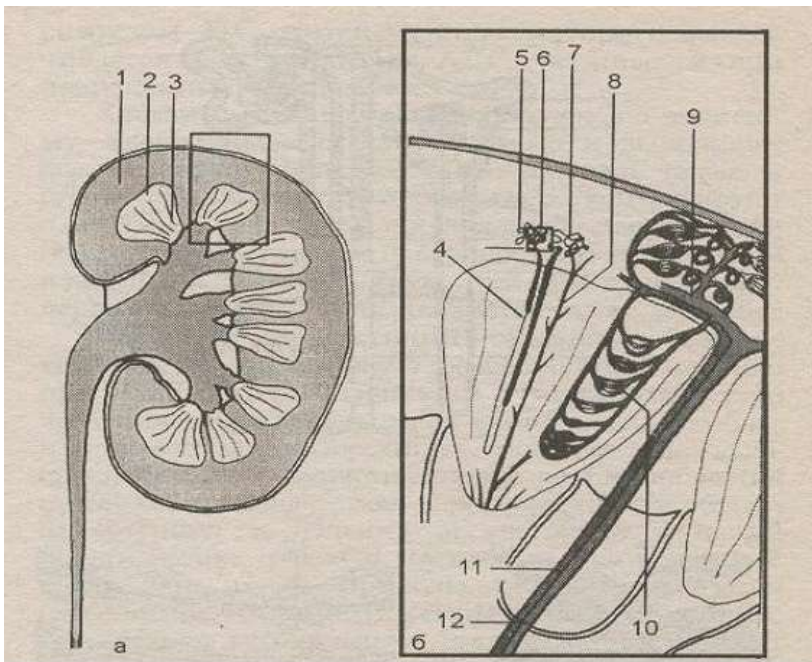
Talabalar soni -	Vaqtı – 2 soat
O'quv mashg'uloti shakli	Ma'ruza – vizualizatsiya
Ma'ruza rejasi	Patologik siydik cho'kmasiga xos xususiyatlar Patologik siydik cho'kmasi bilan kechadigan asosiy kasalliklar Patologik siydik cho'kmasi bo'lgan kasalliklarni o'ziga xos kechishi Patologik siydik cho'kmasi bilan kechadigan kasalliklarni tashxislash UASH amaliyotida patologik siydik cho'kmasi bilan kechadigan kasalliklarni davolash, profilaktika, dispanserizatsiyasitamoyillari.
O'quv mashg'uloti maqsadi: talabalarni patologik siydik cho'kmasi bilan kechadigan kasalliklarni o'ziga xos kechishi bilan tanishtirish, tashxislash, davolash, profilaktika va dispanserizatsiya tamoyillarini o'rgatish.	
Pedagogik vazifalar: 1. Talabalarda patologik siydik cho'kmasi bilan kechadigan kasalliklar haqidagi bilimlarini mustaxkamlash va chuqurlashtirish	O'quv jarayoni natijalari: UAV bilishi shart: Patologik siydik cho'kmasiga xos xususiyatlar Patologik siydik cho'kmasi bilan kechadigan asosiy kasalliklar

<p>2. Talabalarni kasalliklarni zamonaviy tasnifga binoan to'g'ri tashxis qo'yishga o'rgatish</p> <p>3. Patologik siydik cho'kmasi bilan kechadigan kasalliklarni qiyoslama tashxislashni bilishga o'rgatish</p> <p>4. Talabalarni patologik siydik cho'kmasi bilan kechadigan kasalliklarni o'ziga xos kechishi bilan tanishtirish</p> <p>5. Talabalarni UASH amaliyotida patologik siydik cho'kmasi bilan kechadigan bemorlarni olib borishga o'rgatish.</p>	<p>Patologik siydik cho'kmasi bo'lgan kasalliklarni o'ziga xos kechishi</p> <p>Patologik siydik cho'kmasi bilan kechadigan kasalliklarni tashxislash</p> <p>UASH amaliyotida patologik siydik cho'kmasi bilan kechadigan kasalliklarni davolash, profilaktika, dispanserizatsiyasitamoyillari</p>
<p>O'rgatish uslubi</p>	<p>Ma'ruzalar matni, videofilmlar, so'rovnomalar, savollar, "xa-yo'q" texnikasi</p>
<p>O'rgatish shakli</p>	<p>Lazer proektor, vizual anjomlar, maxsus texnik qurollar, tematik bemorlar ko'rsatish, bemorlar rentgen suratlari</p>
<p>O'rgatish vositalari</p>	<p>Jamoa</p>
<p>O'quv jarayoni o'tkazish sharoitlari</p>	<p>Auditor zali</p>

Tayanch so'zlarva iboralar:patologik siydik cho'kmasi, pielonefrit, glomerulonefrit, leykotsituriya, gematuriya

MA'RUZA MATNI

“Siydik sindromi” biokimyoviy va mikroskopik tekshirishlar yordamida aniqlanadigan undagi bir qator o‘zgarishlarni o‘z ichiga oladi. Bu sindrom nafaqat buyrak va siydik yo‘llari, balki boshqa a‘zolarining kasalliklarida ham ko‘p kuzatiladigan belgilardan biri bo‘lib, barcha sohadagi vrachlar, jumladan UAV faoliyatida ham muntazam ravishda uchraydi. Sindromni turli tumanligi va spetsifik xususiyatga ega emasligi unga olib keluvchi sabablarni aniqlashda qo‘shimcha qiyinchiliklar tug‘diradi. Buyrak va siydik yo‘llari kasalliklari ekstrarenal belgilersiz (shish, gipertenziya) faqat siydik cho‘kmasidagi o‘zgarishlar bilan kechganda siydik sindromining tashxisiy ahamiyati yanada oshadi. Patologik siydik sindromining asosiy ko‘rinishlari proteinuriya, gematuriya, leykotsituriya, silindruriya, bakteriuriya, ba‘zan gemoglobinuriya va mioglobinuriyadan iborat bo‘lib har biri yakka holatda yoki turli ko‘rinishda birgalikda uchrashi mumkin. Ularni o‘z vaqtida aniqlash uchun UAVdan asosiy kasallik to‘g‘risida chuqur bilim, hamda maxsus laborator va asbobiy tekshirishlar natijalarini to‘g‘ri tahlil qilish talab qilinadi. Tahlil talab darajasida o‘tkazilishi avvalo siydik to‘g‘ri yig‘ilishi va laboratoriyaga olib borish qoidalariga amal qilinishiga bog‘liq. Sog‘lom kishida siydik qopchasida u steril bo‘lib, uretra va uretra oldi soxa mikroflorasi bilan ifloslanadi. SHu sababli ertalab tashqi jinsiy a‘zolar iliq suv bilan yuvib tozalangandan so‘ng o‘rta porsiyadagi siydik maxsus steril idishda yig‘ilishi kerak. Mabodo siydikni zudlik bilan (yarim soat ichida) tekshirish yoki ekish imkoni bo‘lmasa 24 soat davomida muzlatgichda (xarorat 4°S bo‘lishi kerak) saqlash mumkin.



Расм -1. Буйракни макроскопик (а) ва микроскопик (б) тuzилиши.
 1-пўстлоқ қисми; 2- мағиз қисми; 3- сўрғичлари; 4- нефрон халқаси;
 5-проксимал канал; 6- коптокча; 7- дистал канал; 8- йиғувчи най; 9-
 arteria arcuata; 10-vasa recta; 11- бўлақлараро вена; 12- бўлақлараро
 артерия

Ma‘ruzani yoritishdan oldin buyrak tuzilishi va siydik hosil bo‘lish jarayoni to‘g‘risida qisqacha to‘xtalib o‘tamiz.

Buyrak loviya shaklidagi juft a‘zo bo‘lib, taxminan 120 g og‘irlikka ega. U funksional birlik – nefronlardan tashkil topgan. Sog‘lom odamning har bir buyragida taxminan 1,3 mln nefron mavjud. Har bir nefron (uzunligi 50-55 mm) ko‘ptokcha va naychalardan iborat. Nefronlarning asosiy (80-85%) qismi (barcha

elementlari-koptokcha, proksimal va distal kanalchalar hamda Genli xalqasi) buyrakni po'stloq bo'lagida joylashgan. Bundan tashqari uning po'stloq va mag'iz qismi chegarasida joylashgan ikkinchi tartibdagi yukstamedulyar nefronlar (15-20%) farqlanadi. Ularni koptokcha, proksimal va distal kanalchalari po'stloq qismida, oldingisidan ancha uzun bo'lgan Genle xalqasi esa buyrakni mag'iz qismiga kirib ketadi va natriyni samarali qayta so'rilishini ta'minlaydi.

Koptokchalar kapillyarlar majmuasidan iborat bo'lib, olib keladigan arteriolalardan (vas afferens) tashkil topgan. Koptokcha kapillyarlari xalqasi diametri olib keluvchi arteriolalardan kichkina bo'lgan olib ketuvchi (vas efferens) arteriolalarga tutashadi (1-rasm). Arteriolalar orasida esa yukstaglomerulyar apparat (YUGA) joylashgan. Olib ketuvchi arteriolalar bo'linib kanalchalar bo'ylab kapilyar to'r hosil qiladi. Ulardan qon venulalarga tushadi. YUkstamedulyar koptokchalarda olib keluvchi va olib ketuvchi arteriolalar diametri bir xil. Olib ketuvchi arteriola nefron xalqasi va yig'uvchi kanal (arteriola recta) bo'ylab joylashgan teshigi keng bo'lgan kapillyarlarga qo'shiladi.

Koptokcha ikkita – yukstamezangial va periferik soxalarga bo'linadi. Koptokchaning periferik qismi uch qavatdan iborat bazal membrana (BM) hamda podotsitlar qavati bilan qoplangan va u ichkariga bo'rtib chiqqan. Ikkinchi – yukstamezangial soxa kapillyarlar endoteliysi bilan qo'shib ketgan o'z mezangiyasiga ega bo'lib ular birlashgan sohada BM aniqlanmaydi. Podotsitlar BMning barcha soxasini o'rab olgan. Endoteliyning 30% yuzasi maxsus diafragma bilan yopilgan 40 nm kattalikdagi teshikchalarga ega. Kapillyarlar endoteliysi va BM nisbatan katta molekulyar og'irlikka ega bo'lgan oqsillar uchun to'siq hisoblanadi.

Buyrak kapilyarlarini yana bir o'ziga xos tomoni shundaki u uchta – endoteliy, BM va epitelial qavatlariga ega. Oddiy kapillyarlar arteriolalar oralig'ida joylashib keyin venulalarga qo'shilsa, koptokchalardagi kapillyarlar olib keluvchi arterioladan boshlanib olib ketuvchi arteriolaga qo'shiladi va ular bilan tugaydi. To'qimalardagi kapillyarlarda ikki tomonlama harakat kuzatilsa, buyrak kapillyarlari fakat bir tomonlama, ya'ni siydik bo'shligi tomonga harakatlanadi.

Buyrak parenximasini 95% kanalchalar tashkil etadi. U proksimal segment, nefron xalqasi, distal segment va yig'uvchi trubkadan iborat. Oxirgi qismi buyrak so'rg'ichlariga ochiladi va keyin uning jomchalariga quyiladi.

Buyrak faoliyati barcha nefronlar ishining natijasini o'zida jamlaydi. Koptokchalar kapillyarlarida qon zardobi ultrafiltratsiyalanadi. Kanalchalarda hosil bo'lgan ultrafiltratdan bir qism suv, elektrolitlar, glyukoza, aminokislotalar va boshqa qator moddalar qayta so'riladi. Har daqiqada buyrak orqali bir litr qon (600-800 ml

plazma), ya'ni aylanib yurgan qon hajmini 1/5-1/4 qismi o'tadi. Har kuni buyraklarda 170-180 l glomerulyar suyuqlik hosil bo'ladi va undan taxminan nisbiy zichligi 1.002-1.028 ga teng bo'lgan 1,5 l ikkilamchi siydik yuzaga kelib organizmdan chiqazib yuboriladi.

Nefrotik sindromning aniq formasi albuminuriya, gipoalbuminemiya, giperlipidemiya va shish bilan xarakterlanadi. Bu o'zgarishlar oqsilni koptokchalardan siydikga ko'p miqdorda o'tib ketayotganini bevosita va bilvosita isboti hisoblanadi. Nefrotik sindrom juda ko'p og'riqli jarayonlarning oxirgi natijasi bo'lib bu koptokcha kapillyarlari devorining o'tkazuvchanligi buzilishiga olib keladi. Aniq yuzaga kelgan proteinuriya nefrotik sindromning farqli belgisi hisoblanadi. Turg'un proteinuriya ko'pincha gipoalbuminemiya bilan birga kechmaydi. Oqsilning siydik bilan ko'p miqdorda chiqib ketishi, buyrak katabalizmining oshishi va albuminning jigardagi adekvat bo'lmagan sintezi bu faktorlar albuminning qon plazmasidagi konsentratsiyasining kamayishiga olib keladi. Buning natijasida qon plazmasining onkotik bosimining tushib ketishi Starling qonuni asosida kuchning periferik kapillyarlar devoriga tengligi buziladi. Tomir ichi suyuqligi intersitsial to'qimaga ko'chadi, ya'ni shish paydo bo'ladi. Ayniqsa bu shish to'qimaning past bosimli qismlarida paydo bo'ladi.

Nefrotik sindromning asorati:

SHishli bemorlarni ehtiyotkorlik bilan olib borish kerak. Nefron halqalariga tasir etuvchi kuchli diuretiklarni qo'llash effektiv plazma hajmini kamayishiga olib kelishi mumkin. Plazmaning onkotik bosimi hujayalararo suyuqlikni qon tomir bo'shlig'iga o'tishiga to'sqinlik qiladi.

Tromboembolik asoratlar:

Nefrotik sindrom ko'p hollarda rivojlanadi va klinik namoyon bo'lishi xar hil bo'lishi mumkin. Bularga periferik arteriya va venalarni trombozi, o'pka arteriyasi va buyrak venasini okklyuziyasi kiradi. Bu tashxisni nefrotik sindromni chaqiruvchi boshqa sabablarni (infeksion kasalliklar, dori vositalarni tasir etishi, xavfli o'smalar, polisistem va irsiy kasalliklarni istisno qilish orqali qo'yiladi.

Klassifikatsiya.

.Buyrakning birlamchi kasalliklari:

Kasallikning minimal o'zgarishi

Mezangial proliferativ glomerulonefrit

Membranoz glomerulonefrit

Mezangioproliferativ glomerulonefrit:

1. 1tip
2. 2tip
3. Boshqa ko‘rinishlari

Boshqa kam uchraydigan shikastlanish turlari:

1. O‘choq ko‘rinishidagi glomerulonefrit
2. O‘choqli va segmentar proliferativ glomerulonefrit
3. Tasniflanmagan zararlanishlar

Boshqa kasalliklarga nisbatan ikkilamchi klassifikatsiya

- Infekcion kasalliklar: streptokokkli infeksiyadan keyingi glomerulonefrit, endokardit, shuntli nefrit, ikkilamchi sifilis, lepra, gepatit B, HTLV-III mononukleoz, malyariya, fillyaritoz.

Dori moddalari: oltinning organik birikmalari, simopning organik va noorganik birikmalari, elementar simop penitsilamin, ko‘cha geroyini antitoksinlar, trimetin, mezontonlar, rentgen contrast moddalar.

O‘smalar: limfagranulomatoz, limfoma, leykoz, karsinoma, melanoma, vilms o‘smasi.

Sistemali kasalliklar: sistemali qizil volchanka, SHenleyn- Genox kasalligi, sarkoidoz, SHegren sindromi, amiloidoz, vaskulit, Gudpacher sindromi, revmatoidli artrit.

Nasliy kasalliklar: qandli diabet, Alport sindromi, Fabri kasalligi, tug‘ma nefrotik sindrom, lipodistrofiya.

Aralash: preeklampsiya, miksidema, yomon sifatli semirish, tireodit, vazorenal gipertenziya, surunkali intersitsial nefrit, vezikouretral reflyuks bilan, allotransplantatning surunkali ko‘chish reaksiyasi.

Kasallikning minimal o‘zgarishi- bu kasallikni ko‘pincha lipid nefroz deb atashadi, mayda orolchalar kasalligi deb aytiladi. Idiopatik nefrotik sindromni bu shaklida buyrak ko‘ptokchalari kapillyarlarining yorug‘lik mikroskopiyasi umaman ma’lumot bermaydi yoki informativligi kam.

Proteinuriya “Proteinuriya” deganda siydik bilan me’yordan (bir kunda 30-50 mg va undan ko‘p) ortiq miqdorda oqsil chiqishi tushuniladi.

Vrach nazarida xavfli bo'lgan proteinuriya simptomini tashxisiy ahamiyati turlicha bo'lib siydikda oqsilni aniqlash tashxisiy izlanishning boshlanishi hisoblanadi. Chunki proteinuriya sabablari va siydik orqali chiqib ketayotgan oqsil tarkibi turli-tumandir. Siydikdagi oqsil miqdori va tarkibini o'rganish asosiy kasallikni aniqlashda katta ahamiyatga ega. Qon tarkibidagi oqsillarni siydikka o'tish jarayoni juda murakkab bo'lib, buyrak koptokchalari, kanalchalari faoliyatiga va ulardagi qon aylanishiga bog'liqdir. 70 kg vaznga ega bo'lgan odamda buyrakdagi qon aylanish tezligi me'yorida bir daqiqada 1,1 l ga teng. Bir kun davomida sog'lom buyrak bir litrida 60-80 g oqsil bo'lgan 180 l qon plazmasini filtrlaydi. Shikastlanmagan koptokcha devoridan kun davomida 30-50 mg oqsil o'tishi mumkin. Bu esa buyrakni filtirlash to'sig'ini yuqori samarada ishlayotganidan dalolat beradi. Filtrat onkotik bosimga qarshi ta'sir qiluvchi gidrostatik bosim yordamida hosil bo'ladi. Bundan tashqari oqsilni filtrdan o'tishi nisbiy mexanik tizim elektr zaryadiga ham bog'liq. Lekin ayrim mualliflarning fikriga ko'ra siydik bilan bir kunda 50-80 mg oqsil ajralib chiqishi buyrakda patologik jarayon borligidan dalolat beradi. Siydik orqali ajralib chiqqan oqsil buyrak koptokchalari devoridan filtrlanib, uning kanallarini proksimal qismidagi yassi epiteliylar orqali reabsorbsiya (qayta so'rilmaydigan) bo'lmaydigan ma'lum bir fraksiyalaridan iborat. Zamonaviy tekshirish usullari (kraxmal va poliakrilamidli gelda elektroferez, immunoferment) yordamida sog'lom odam siydigida 20 dan ortiq oqsil fraksiyalarini aniqlash mumkin bo'lib, ular prealbuminlar, albuminlar, postalbuminlar, siderofilin, seruloplazmin, gaptoglobulin, immunoglobulin A, G va boshqalardan tashkil topgan. Bundan tashqari bir kun davomida siydik bilan oqsil notekis ajralishi isbotlangan: uning maksimal ekskretsiyasi kunduzgi vaqtga, minimali esa tungi soatlarga to'g'ri keladi.

Proteinuriya sindromini tahlil qilganda UAV oldida quyidagi muammolarni xal qilish turadi: normal va patologik proteinuriya chegarasini aniqlash; har qanday proteinuriya buyrak shikastlanishidan dalolat beradimi degan savolga javob berish. Lekin mazkur savollarga javob berishda ayrim hollarda malakali mutaxassislar ham qiynaladilar. Chunki proteinuriya miqdori ba'zan buyrak zararlanmaganda, chunonchi inson jismoniy zo'riqqanda, SYUE, umurtqa pog'onasi lordozida, tarkibida oqsili ko'p mahsulotlarni ortiqcha iste'mol qilganda ham oshib boradi. So'nggi yillarda maxsus tez tahlil qilish usullari yordamida siydik tarkibida bo'lgan juda kam miqdordagi oqsillar – mikroalbuminlarni aniqlash imkoniyati tug'ildi.

Quyida proteinuriyaning amaliyotda keng qo'llaniladigan klassifikatsiyasi keltirilgan.

1. Kasalliklarga bog'liqligiga ko'ra:

- funksional;

- patologik.

2. Manbai bo'yicha:

- prerenal (to'yingan);
- renal (koptokchali, kanalchali va koptokcha - kanalchali);
- postrenal (buyrakdan tashqari, yolg'on ko'rinishi).

3. Tarkibi bo'yicha:

- selektiv;
- selektiv bo'lmagan.

4. Miqdori bo'yicha:

- mikroalbuminuriya (bir kunda 300 mkg gacha);
- engil (oqsil izi - bir kunda 1 g gacha);
- o'rtacha (bir kunda 1-3 g gacha);
- yuqori nefrotik (bir kunda 3 g dan ortiq).

Funksional (fiziologik, zararsiz) proteinuriya buyragi sog'lom odamlarda uchraydi va uning patogenezi hozirgacha to'liq o'rganilmagan. Nefronlardagi organik o'zgarishlar bilan bog'liq bo'lgan patologik proteinuriyadan farqli o'laroq uning fiziologik turida siydik bilan ajraladigan oqsil miqdori bir kunda 2 g dan oshmay ko'pincha ta'sir qiluvchi omil bartaraf etilgach, izsiz o'tib ketadi va kamdan-kam hollarda eritrotsituriya, leykotsituriya, silindruriya bilan birga kechadi. Funksional proteinuriyaning bir necha turlari farqlanadi.

Ayrim sog'lom odamlarda sovuq vanna qabul qilganda, qo'l panjasi va bilaklar 2-3 daqiqa sovuq suvga botirib turilganda tez o'tib ketuvchi proteinuriya kuzatiladi. Bu hol ularning buyraklarida reflektor qon aylanishi buzilishi natijasida yuzaga keladi deb tushuntiriladi. Teriga kuchli insolyasiya ta'sirida yuzaga keladigan albuminuria solaris ham yuqoridagi mexanizm natijasida rivojlanadi deb taxmin qilinadi.

Quyida o'tib ketadigan proteinuriya kuzatilishi mumkin bo'lgan hollar keltirilgan:

alimantar proteinuriya-oqsilga boy oziq ovqatlarni ko'p miqdorda iste'mol qilganda;

markaziy (sentrogen) proteinuriya epilepsiya xurujidan keyin va bosh miya chayqalganda, emotsional esa kuchli hayajonlanishdan so'ng;

palpator proteinuriya uzoq vaqt qorin va buyrak sohasini chuqur palpatsiya qilish natijasida;

zo'riqish (marshli)- ishchi kanalchalar proteinuriyasi bir kunda 1-2 g dan oshmaydi va og'ir jismoniy zo'riqish natijasida yuzaga kelib, siydikning birinchi chiqishida aniqlanadi va odatdagi kundalik jismoniy yuklamalarda yo'qoladi. Bunday proteinuriya aksariyat hollarda 2 ta omilga bog'liq: buyrakda qon aylanishini sustlashishiga va ko'ptokchalar bazal membranasi gipoksiyasiga. SHu bilan bir qatorda bazal membrananing asosiy moddasi tarkibiga kiruvchi gialuron kislotasini depolyarizatsiyasiga olib keluvchi gialuronidaza sekretsiasining oshishi ham, bazal membrananing o'tkazuvchanligini jadallashishiga olib kelishi tasdiqlangan.

isitmalash proteinuriyasi - ko'ptokchali mexanizm bilan bog'liq bo'lib (bir kunda 1-2 g gacha) ko'proq yosh bolalarda va qariyalarda tana xarorati ko'tarilgan hollarda kuzatiladi va me'yoriga tushgandan so'ng yo'qoladi. U ko'ptokcha kapillyarlari devorini ikkilamchi toksik-infekcion shikastlanishi natijasida yuzaga kelib, nefronlarning boshqa qismlarida o'zgarish kuzatilmaydi. Agar tana harorati tushgandan keyin proteinuriya saqlanib qolsa, o'tkir jarayonni yoki surunkali yallig'lanishni avj olganligini aniqlash uchun qo'shimcha tekshirishlar o'tkazilishi kerak.

ba'zan 13-20 yoshdagi, astenik tana tuzilishiga ega bo'lgan yoshlarda uchrab, gorizontal holda yo'qoladigan ortostatik (lordotik, postdural) ko'ptokchali (bir kunda 1 g dan yuqori bo'lmagan) proteinuriya alohida ahamiyatga ega. Odatda ularda ertalabki olingan siydik tahlilida proteinuriya kuzatilmaydi. U ortostatik sinama o'tqazilganda yoki 1-2 soat yurgandan keyin paydo bo'ladi. Vertikal holatda bel sohasidagi lardoz buyrak venalarida (ko'pincha chap tomondagi) qon o'tishini qiyinlashtirishi ushbu turdagi funksional proteinuriya sababi bo'lishi mumkin.

YUrak kasalliklarida uchrab turadigan dimlanish proteinuriasini har doim ham funksional xarakterli deb bo'lmaydi. CHunki uzoq vaqt buyrakda qon aylanishi sekinlashishi natijasida yuzaga kelgan gipoksiya holati ko'ptokchalar bazal membranasi va kanalchalar epiteliysini shikastlaydi. Bu o'z navbatida ko'ptokchalarda oqsil filtratsiyasini oshirib, kanalchalarda esa reabsorbsiyani kamayishiga olib keladi. Oqsil miqdori ko'pincha bir litr siydikda 1-3 g dan oshmaydi. Tranzitor proteinuriyani aniqlashda sinchkovlik bilan yondoshish lozim, chunki ayrim hollarda mukammalroq tekshirishlar (jumladan morfologik) yordamida buyrak parenximasida yashirin kechayotgan yallig'lanish jarayon mavjudligini aniqlash mumkin..

Patologik proteinuriya buyrak (ayrim buyrakdan tashqari) zararlanishi bilan kechadigan kasalliklarda uchraydi va yuqorida ta'kidlanganidek uning prerenal – to'yingan, renal

(koptokchali, kanalchali, aralash) va postrenal (buyrakdan tashqari, soxta) turlari farqlanadi.

Prerenal proteinuriya amaliyotda kam uchrasa ham alohida bir guruhga ajratilgan. U “ortiqcha” yoki to‘yinish proteinuriasi deb ham atalib limfoplazmotsitar tizimning turli kasalliklarida bemor plazmasida ko‘p miqdorda to‘planib, qonda aylanib yurgan kichik molekulyar og‘irlikka (200.000-400.000A) ega bo‘lgan oqsillarni buyrak koptokchalarining shikastlanmagan devoridan filtrlanish miqdorining ortiqchaligi sababli kanalchalarda to‘liq so‘rilmasligi yoki reabsorbsiya uchun zarur bo‘lgan fermentni yo‘qligi tufayli umuman so‘rilmasligi natijasida yuzaga keladi. Ushbu proteinuriya tarkibi asosan immunoglobulinlarning engil zanjirlari (Bens-Jons oqsili) miogloblin, gemogloblin, mezotsimlardan tashkil topgan.

To‘yingan proteinuriya mielom kasalligi, Valderstrem makroglobulinemiyasi, tomir ichi gemolizi, rabdomioliz, monotsitar leykoz va ayrim boshqa kasalliklarning asosiy belgilaridan biridir.

Mielom kasalligi (plazmatsitoma) kanalchalar obstruksiyasini yuzaga keltiruvchi bir xil turkumdagi patologik immunoglobulinlar ishlab chiqarilishi bilan kechadi. Ushbu kasallikda proteinuriya turg‘un belgi bo‘lib, miqdori bir kunda 20 g ga (uning aksariyat qismi Bens-Djons oqsilidan iborat) etadi, hamda boshqa klinik belgilar (suyaklardagi og‘riq, destruktiv o‘zgarishlar natijasida ularni to‘satdan sinishi, gepato va splenomegaliya, parasteziya) bilan birgalikda kuzatiladi. YUqoridagilardan tashqari qonda kuchli M-gradientli disproteinemiya, yuqori darajada patologik immunoglobulinlar va sternal punktatda plazmatik hujayralar aniqlanadi. Ushbu kasallikda buyrak kanalchalarini immunoglobulinlarni k- va λ -zanjirlari va ularga qarshi antitelalar, Tamma-Xorsfall oqsili, qisman albumin va fibrinogendan tashkil topgan silindrlar bilan to‘lib qolishi kuzatiladi. Ushbu kasallikda buyrak etishmovchiligi rivojlanishi aksariyat hollarda mielom tubulyar obstruksiya rivojlanganligidan yoki amiloidoz qo‘shilganidan dalolat beradi. Buyrakdagi funksional o‘zgarishlar asosida siydik orqali ajralib ketayotgan Bens-Djons oqsili yoki proteinlarni engil zanjirlarini naychalar epiteliysiga toksik ta’siri yotadi. Bundan tashqari ushbu jarayonda boshqa omillar-giperkalsiemiya, giperurikemiya, qon zardobini yopishqoqligini oshishi ham muhim ahamiyat kasb etadi. SHu o‘rinda ko‘p hollarda mielom kasalligining boshlanish davrida bemorlarda yuqori proteinuriya va sababsiz ECHT oshishi, keyinroq suyaklardagi o‘zgarishlar qo‘shilishini UAV yodda tutishi lozim.

UAV faoliyatida renal proteinuriya bilan kechuvchi kasalliklar kup uchraydi. YUqorida qayd qilganimizdek uning koptokchali, kanalchali va aralash turlari farqlanadi.

Koptokcha proteinuriyasi qon plazmasi oqsillari filtrlanadigan bazal membranani zararlanishi tufayli yuzaga keladi. Bunda kunlik proteinuriya miqdori 0,1 g dan 20 g gacha bo'lib, albumin, transferrin, α_2 -mikroglobulin va γ -globulinlardan tashkil topadi. Bu turdagi proteinuriya turli kasalliklarda, ko'pincha o'tkir va surunkali glomerulonefritlarda, amiloidozda, diabetik glomerulosklerozda va buyrak venalari trombozida kuzatiladi.

Glomerulonefritlar ular orasida alohida o'rin egallab buyrak koptokchalarining birlamchi shikastlanishi, keyin jarayonni kanalchalar hamda oraliq to'qimalarga tarqalishi va pirovard natijada SBE rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

O'tkir glomerulonefrit (O'GN)- buyrak koptokchalarini o'tkir immun yallig'lanish kasalligi bo'lib, keyinchalik bu jarayon buyrakning barcha to'qimalariga tarqaladi va buyrak hamda (yoki) buyrakdan tashqari simptomlar bilan birga kechadi. Ko'pincha bolalar va yoshlar orasida uchraydi. U streptokokkli (angina, faringit, surunkali tonzillitni qo'zg'alishi, skarlatina, saramas va boshqalar), ayrim hollarda stafilokokkli, pnevmokokkli yoki virusli infeksiyalar o'tkazgan bemorlarda 10-12 kundan keyin rivojlanadi. Ushbu kasallikning rivojlanishiga vaksina, zardob, ayrim dori va kimyoviy vositalar ham sababchi bo'lishini UAV esda tutishi lozim. Kasallik ko'proq yoshlarda uchrab immun tizimdagi o'zgarishlar uning rivojlanish asosini tashkil qiladi. O'GN siydik sindromi bilan kechganda turli darajadagi proteinuriya, mikro va makrogematuriya (siydik rangini qizarishi yoki "go'sht seli" ga o'xshash tusda bo'lishi), ba'zan kam miqdorda leykotsituriya, silindrlar (gialinli, donador, eritrotsitar) va epitelial hujayralarni ajralishi kuzatiladi. Bundan tashqari O'GN shish (shish sindromiga bag'ishlangan ma'ruzada), AG va nefrotik sindrom (NFS) (unga bag'ishlangan ma'ruzada) ayrim hollarda esa o'tkir buyrak etishmovchiligi (oligouriya yoki anuriya, koptokchalar filtratsiyasi tezligi pasayishi, azotemiya) belgilari bilan kechishi mumkin. YUqorida sanab o'tilgan o'zgarishlar bilan bir qatorda bemorda bel sohasida ikki tomonlama og'riq, tana haroratini ko'tarilishi, siydik hajmini kamayishi (oligouriya), AG bilan kechganda bosh og'rishi, o'tkir chap qorincha etishmovchiligi belgilari (yurak astmasi, o'pka shishi), bosh miyada (ensefalopatiya, eklampsiya) va ko'z tubida (arteriolalarni torayishi, kesishgan fenomen, ko'ruv nervi so'rg'ichini shishi, mayda qon quyilishlar) o'zgarishlar kuzatilishi mumkin. Tashxisni tasdiqlashda siydik bilan bir qatorda UQT (anemiya, ECHT oshishi), biokimyoviy (kreatinin va mochevina hamda siydik kislotasini oshishi, gipoproteinemiya, gipoalbumeniya, giperxolesterinemiya va boshqalar), immunologik (streptokokka qarshi AT, ASL-O, antistreptokinaza titrini oshishi), UTT (nefrotik sindromda piramidalar shishi), rentgen (urologik kasalliklarni inkor qilish uchun), va morfologik (buyrak biopsiyasi) tekshirishlar ahamiyatga ega.

UAV O'GNga shubha bo'lgan barcha bemorlarni zudlik bilan ixtisoslashgan shifoxonaga (bo'lim) yotqizish lozimligini doimo yodda tutishi kerak. SHifoxona sharoitida ularga yotoq tartibi, osh tuzi (kuniga 1-2 g), suv (kun davomida ajratgan siydik miqdori +200-400 ml) va oqsil (kuniga 1 kg tana vazniga 0,5 g gacha) miqdori chegaralangan parhez (shish va AG bilan kechganda), streptokokk infeksiyasiga shubha bo'lgan hollarda penitsillin (ampitsillin, fenoksimetilpenitsillin va boshqalar) buyuriladi.

Asosiy patogenetik davo sifatida GKS (prednizolon kuniga 1 mg/kg 1,5-2 oy davomida), sitostatiklar (qa'tiy ko'rsatmalar bo'lganda azatioprin va merkaptopurin kuniga 2-3 mg/kg, o'rtacha 150-200 mg 1-3 oy davomida), antikoagulyantlar (geparin 5.000-10.000 birlik t/o har 4-6 soatda, 6-8 hafta davomida, antiagregantlar (kurantil kunda 225-400 mg 6-8 hafta davomida), aminoxinolin birikmalari (delagil kunda 0,5-0,75 g 3-6 hafta davomida, keyin 0,25 g kunda bir necha oy davomida) berish tavsiya etiladi.

SHishlarni bartaraf etish uchun siydik haydovchi dori vositalaridan (furatsemid, uregit va boshqalar), AGda esa KA (nifedipin, amlodipin va boshqalar) foydalaniladi.

Kasallik belgilari o'tib ketgandan keyin 6 oy o'tgach tonziloektomiya tavsiya etiladi. SHu o'rinda o'z vaqtida ko'rilgan chora-tadbirlar 90 va ba'zan 100 % hollarda bemorni 1,5-2 oy ichida sog'ayishi bilan yakunlanishini eslatib o'tmoqchimiz. Agar ayrim belgilari 6 oydan uzoqroq vaqt davomida saqlanib qolsa kasallikni cho'zilgan turi hisoblanadi. Ular sog'ayganlaridan so'ng kamida 2 yil davomida muntazam UAV nazoratida bo'lishlari va har ikki-uch oyda umumiy siydik tahlili o'tkazib turilishi kerak. Mabodo bemorda shamollash holatlari kuzatilsa tahlillarni har 2 haftada o'tkazish maqsadga muvofiq.

Ayni vaqtda O'GNni surunkalisini qo'zg'algan davridan farqlash lozim. O'GNning belgilari hech qachon infeksiyaga bog'liq kasallikning birinchi kunlarida namoyon bo'lmaydi, undan farqli o'laroq surunkali glomerulonefritda (SGN) qaytalanish hollari kuzatilishi mumkin. O'GNga siklik kechish xos bo'lib, surunkalisida esa aksariyat hollarda uni farqlashni imkoni yo'q. Aksariyat hollarda yashirin kechayotgan SGNni o'tkiridan farqlash murakkab bo'lib uning uchun buyrak biopsiyasini o'tkazish lozim.

Agar infeksiyaga bog'liq kasallik bilan og'rigan bemorlar siydigida ekstrarenal belgilarisiz (shish, AG) siydik cho'kmasida o'zgarish aniqlansa infeksiyon toksik buyrak to'g'risida o'ylash kerak. CHunki bu o'zgarishlar kasallikning yaqqol namoyon bo'lgan davrida kuzatilib 1-2 hafta ichida izsiz yo'qoladi.

Tez avj olib boruvchi (o'tkir osti yoki yomon sifatli) glomerulonefrit –O'GN kabi boshlanib qisqa vaqt (kasallik boshlangandan 2 yil) ichida nefroskleroz va SBE

rivojlanib o'limga olib keladi. U birlamchi (idiopatik) va ikkilamchi (TQV, Gudpascher sindromi, aralash krioglobulinemiya, infeksiyon endokardit, gemorragik vaskulit, tugunchali periarteriit, Vegener granulematozi) bo'lishi mumkin. Tez avj olib boruvchi glomerulonefrit O'GN kabi aksariyat hollarda streptokokkli infeksiyadan keyin beldagi og'riq va makrogematuriya bilan o'tkir boshlanadi

Davolash ixtisoslashtirilgan shifoxonalarda mutaxassislar tomonidan olib boriladi. O'z vaqtida boshlangan "puls-terapiya", to'rt – komponentli davo (GKS+ sitostatiklar+ geparin+ dipiridamol), o'tqazilgan plazmaferez (immunodepressantlar va GKS bilan) va gemodializ kasallik avjlanishini bir muncha sekinlashtirib erta buyrak etishmovchiligi rivojlanishini oldini oladi.

ADABIYOTLAR

- 1.Merta Dj. Spravochnik vracha obщey praktiki. M., Praktikum, 1998g.
- 2.Diagnostika vnutrennix bolezney v 10 -ti tomax Okorokov A. N. M.: Med. lit.,2000-2007gg
- 3.Textbook of Internal Medicine Editor-in-Chief William N. Kelley1997
4. Internal Medicine Edward D. Frohlich 1996
- 5.[www.nedug.ru/.../mochevoy osadok](http://www.nedug.ru/.../mochevoy_osadok)
- 6.[www. biosensoran.ru/Bios.../osadok_m](http://www.biosensoran.ru/Bios.../osadok_m)
7. T.R. Xarrison. Ichki kasalliklar 6 tom Nefrotik sindrom. 298-303 betlar.

9--MA'RUZA MAVZUSI

«ARITMIYA SINDROMI. DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKA.DAVOLASH. TUATDAN O‘LIM. SABABLARI. PROFILAKTIKA. UASH TAKTIKASI»

Ma’ruza rejasi

Talabalar soni -	Vaqtı – 2 soat
O‘quv mashg‘uloti shakli	Ma’ruza – vizualizatsiya
Ma’ruza rejasi	<p>1.Aritmiya sindromiga xos xususiyatlar</p> <p>2.Aritmiya sindromi bilan kechadigan asosiy kasalliklar</p> <p>3.Aritmiya sindromi bo‘lgan kasalliklarni o‘ziga xos kechishi</p> <p>4.Aritmiya sindromi bilan kechadigan kasalliklarni tashxislash</p> <p>5.UASH amaliyotida aritmiya sindromi bilan kechadigan kasalliklarni davolash, profilaktika, dispanserizatsiyasi tamoyillari.</p>
O‘quv mashg‘uloti maqsadi: talabalarni aritmiya sindromi bilan kechadigan kasalliklarni o‘ziga xos kechishi bilan tanishtirish, tashxislash, davolash, profilaktika va dispanserizatsiya tamoyillarini o‘rgatish.	
<p>Pedagogik vazifalar:</p> <p>1. Talabalarda aritmiya sindromi bilan kechadigan kasalliklar haqidagi bilimlarini mustaxkamlash va chuqurlashtirish</p> <p>2. Talabalarni kasalliklarni zamonaviy tasnifga binoan to‘g‘ri tashxis qo‘yishga o‘rgatish</p> <p>3. Aritmiya sindromi bilan kechadigan kasalliklarni qiyoslama tashxislashni bilishga o‘rgatish</p>	<p>O‘quv jarayoni natijalari:</p> <p>UAV bilishi shart:</p> <p>Aritmiya sindromiga xos xususiyatlar</p> <p>Aritmiya sindromi bilan kechadigan asosiy kasalliklar</p> <p>Aritmiya sindromi bo‘lgan kasalliklarni o‘ziga xos kechishi</p> <p>Aritmiya sindromi bilan kechadigan kasalliklarni tashxislash</p>

4. Talabalarni aritmiya sindromi bilan kechadigan kasalliklarni o‘ziga xos kechishi bilan tanishtirish	UASH amaliyotida aritmiya sindromi bilan kechadigan kasalliklarni davolash, profilaktika, dispanserizatsiyasi tamoyillari
5. Talabalarni UASH amaliyotida aritmiya sindromi bilan kechadigan bemorlarni olib borishga o‘rgatish.	
O‘rgatish uslubi	Ma’ruzalar matni, videofilmlar, so‘rovnomalar, savollar, “xa-yo‘q” texnikasi
O‘rgatish shakli	Lazer proektor, vizual anjomlar, maxsus texnik qurollar, tematik bemorlar ko‘rsatish, bemorlar rentgen suratlari
O‘rgatish vositalari	Jamoa
O‘quv jarayoni o‘tkazish sharoitlari	Auditor zali

Tayanch so‘zlar va iboralar: aritmiya sindromi, taxikardiya, blokadalar, ekstrasistoliya, miokardit

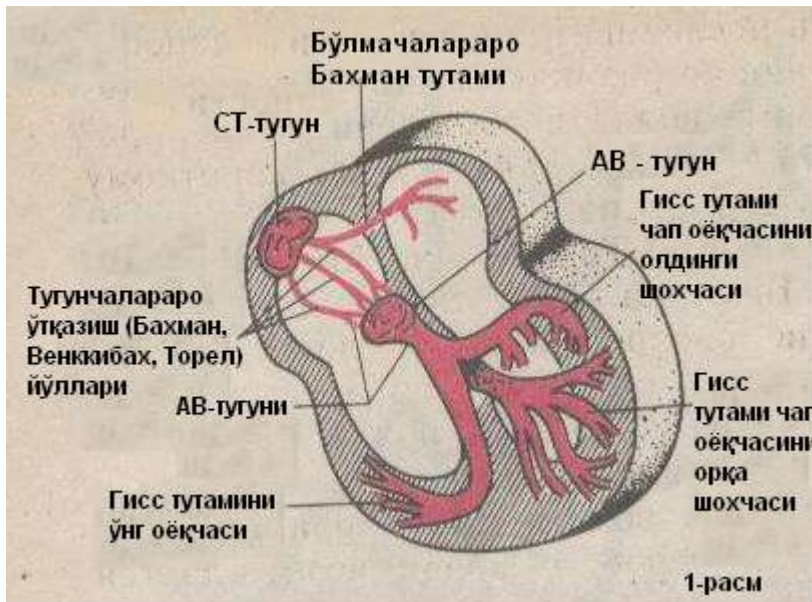
MA’RUZA MATNI

Yurak ritmi va o‘tqazuvchanligi buzilishida uning qisqarishlari soni va qo‘zg‘alish manbai muntazamligining o‘zgarishi hamda bo‘lmacha va qorinchalar faolliklari o‘rtasidagi bog‘liqlik va ketma–ketlikning buzilishlari tushiniladi. Ular turli sabablar tufayli yurak asosiy funksiyalarining (avtomatizm, qo‘zg‘aluvchanlik, o‘tqazuvchanlik, qisqaruvchanlik) o‘zgarishi tufayli yuzaga keladi. UAV faoliyatida tez- tez uchrab turadigan ushbu ritm buzilishlari so‘nggi yillarda erishilgan ijobiy natijalarga qaramasdan, tibbiyotning dolzarb muammolaridan biri bo‘lib qolmoqda. Uni davolash samarasi quyidagi uchta muammo to‘g‘ri xal qilinishiga bog‘liq:

yurak ritmi buzilishi turini aniqlash (identifikatsiyasi);

ritm buzilishi sababi, rivojlanish mexanizmi va turini hisobga olgan holda davolash taktikasini tanlash;

yurak urish sonini (YUUS) me'yorida ushlab turish, ritm buzilishi xurujlarini hamda u tufayli rivojlanishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olish uchun to'g'ri rejali, samarasi isbotlangan dorilar bilan davolashni tanlash.



Bu muammolarni hal qilish yo'llarini bayon qilishdan oldin yurakning me'yoridagi ritmi va o'tkazuvchi tizimi hamda sog'lom odam EKG to'g'risida qisqacha to'xtalib o'tamiz.

Sog'lom odamda yurak qisqarishi uchun impulslar yuqori kovak venani o'ng bo'lmacchaga tutashgan sohasida joylashgan sinus

(ST) tugunida (I tartibdagi ritm boshqaruvchisi) tinch holatda 60-90 tagacha ishlab chiqariladi hamda bir vaqtning o'zida chap va o'ng bo'lmacchalarga asosan uchta - Baxman, Venkibax, Torel yo'llari orqali tarqaladi va atrioventrikular (AV) tugunga etib boradi. AV (Ashof-Tovar) tuguni (II - tartibdagi ritm boshqaruvchisi) bo'lmacchalararo to'siqning pastki qismida, o'ng tomonda, uch tavaqali qopqoqcha birikkan sohada joylashgan bo'lib, tinch holatda bir daqiqada 40-60 ta impuls ishlab chiqaradi. Giss tutami to'g'ridan-to'g'ri AV tugundan boshlanib, avval ikkita-o'ng va chap oyoqchalarga, keyin chap oyoqchasi oldingi-yuqori va orqa-pastki shoxchalarga bo'linadi. SHoxchalar oxiri (terminal qismi) o'z navbatida, mayda tolalarga (Purkine tolalari) tarmoqlanib, miokardning barcha qavatlariga kirib boradi va yurak mushaklarini sinxron qisqarishiga olib keladi. Bu soha (III - tartibdagi ritm boshqaruvchisi) ham bir daqiqada 15-40 tagacha impuls ishlab chiqarish xususiyatiga ega. Sog'lom odamda ST har doim ritm boshqaruvchisi vazifasini o'tab, o'zidan pastda joylashgan avtomatizm manbalari faoliyatini to'xtatib turadi. II va III-tartibdagi ritm boshqaruvchilari faqat patologik holatlarda, jumladan ST holsizligida yoki ular faolligi oshganda, ritm boshqarishni o'z zimmasiga oladi (1-rasm).

Bemorda yurak ritmi va o'tqazuvchanligi buzilishining mavjudligi uning shikoyati, ob'ektiv ko'rik va EKG tekshirish yordamida aniqlanadi. Ular orasida aritmiyalarni tashhislashda EKG alohida o'rin tutadi. SHuning uchun UAV me'yoridagi EKGni, ya'ni sinus ritmining quyidagi ko'rsatgichlarini yaxshi bilishi zarur (2-rasm):



har bir QRS kompleksidan oldin P tishchasining bo'lishi;

I, II tarmoqlarda P tishchasi musbatligi, aVR tarmoqda manfiy va har bir tarmoqda shaklining doimiyligi bilan xarakterlanishi;

R tishcha davomiyligi 0,1 s, amplitudasi 2,5 mm. bo'lishi;

PQ (R) intervali 0,12 – 0,20 s oralig'ida bo'lishi;

yurak ritmi (urishi) soni tinch holatda bir daqiqada 60 – 85 taga tengligi;

QRS –qorinchalar kompleksi kengligi 0,06–1,0 s bo'lishi;

R-R (P-P) oralig'i maksimal va minimal 0,05 – 0,15 tengligi.

ST segmenti o'rta chizig'da bo'lishi yoki undan pastga siljishi (0,5 mm.gacha) va faqat o'ng tarmoqlarda yuqoriga ko'tarilishi (1,5-2 mm.dan oshmasligi);

T tishchasi I, II, aVF tarmoqlarda doimo musbat, III, aVL va V1 tarmoqlarda ikki fazali, aVR da esa doimo manfiy bo'lishi.

YUrak ritmi va o'tkazuvchanligi buzilishlarining asosiy sabablari

Intrakardial – yurak qon-tomir tizimining barcha tug'ma va orttirilgan kasalliklari (YUIK, miokarditlar, shu jumladan, revmatik, miokardiopatiyalar, miokardiosklerozlar yurakni tug'ma nuqsonlari) natijasida miokardning tarkibiy va metabolik zararlanishi;

Nasliy moyillik natijasida kuzatiladigan Brugada sindromi ham ushbu guruhga kiradi va Giss tutami o'ng oyoqchasining blokadasi, ST segmentining V2-V3 tarmoqlarda o'rta chiziqdan yuqoriga ko'tarilishi, P-R oralig'ining uzayishi, qorinchalar ritmining tez-tez kuzatiladigan buzilishi, sinkopal holatlar bilan namoyon bo'ladi va ayrim hollarda to'satdan bemor o'limi bilan tugaydi;

Ekstrakardial - yurak-qon tomir tizimi faoliyati va miokard metabolizmi boshqarishining buzilishiga olib keluvchi (neyro–gumoral, endokrin boshqaruvining o'zgarishi, elektrolit, kislota–ishqor almashinuvining buzilishi) omillar:

reflektor omil - oshqozon–ichak tizimi hamda dismetabolik kasalliklarda (o't tosh kasalligi, diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasi va boshqalar);

neyrogen omil-markaziy va vegetativ asab tizimi zararlanishlarida;

psixogen omillar- nevrozlar, psixopatiyalar, NSD;

endokrinva dismetabolik omillar (tireotoksikoz, gipoterioz, kamqonlik va boshqa kasalliklar);

zaharlanishlar va boshqa qator hollarda;

YUrak-qon tomir faoliyati muntazamligini fizik va ximik omillar ta'sirida buzilishi:

kodein, nikotin, alkogolga yuqori sezuvchanlik;

dorilarning aritmogen ta'siri;

gipoksiya;

gipo va gipertermiya;

mexanik ta'sirlar (jarohatlar, vibratsiyalar);

ionlovchi nurlar ta'siri, o'ta yuqori to'liqlik maydon va boshqalar.

Bu ro'yhatni yana davom ettirish mumkin, lekin UAV ayrim ritm buzilishlari, hatto yakkalangan ekstrastoliyalar mutloqo sog'lom odamda ham uchrashi mumkinligini esdan chiqarmasligi lozim. Uni sababi va mexanizmi to'liq o'rganilmagan bo'lib, vegetativ asab tizimining ikki qismi orasidagi antogonistik ta'sirlar oqibatida yuzaga keladi degan taxminlar mavjud. Uyquning turli bosqichlarida kuzatiladigan aritmiyalar aynan simpatik va parasimpatik tizim ta'siri bilan bog'lanadi. Bundan tashqari, sog'lom odamlarda psixoemotsional ta'sirlanish vaqtida qonga ko'p miqdorda aritmogen xususiyatga ega bo'lgan katexolaminlar chiqadi.

Giperadrenemiya holati qisqa muddat ichida sekin tiklanadigan aritmiyaga sabab bo'lishi mumkin bo'lgan gipokaliemiya olib keladi.

Aritmiyalarning rivojlanish mexanizmlari murakkab va ko'p turli bo'lib, miokard elektrofiziologiyasi, avvalambor o'tkazuvchanlik tizimi o'zgarishlari bilan bog'liqdir.

Aritmiyalarning asosiy patofiziologik mexanizmlari:

impulslar hosil bo'lish mexanizmlarining buzilishi – sinus tuguni avtomatizmi va uning yashirin (latent) markazlari o'zgarishlari; patologik avtomatizmning shakllanishi; ossillyator (trigger) faollik;

impulslar o'tkazuvchanligining buzilishi: refrakterlikning uzayishi va yurak o'tkazuvchanlik tizimida impuls o'tishining susayishi; anatomik-yurak o'tkazuvchanlik tizimida organik shikastlanish; qo'zg'alishning qayta kirish fenomeni (re-entry);

impulslar paydo bo'lishi va o'tkazuvchanlik buzilishining birga keluvchi mexanizmlari -prosistolik faollik.

YUrak ritmi va o'tkazuvchanligi buzilishi klassifikatsiyasi

YUrak ritmi va o'tqazuvchanligi buzilishi klassifikatsiyasi EKG tekshiruvlar xulosasiga asoslangan bo'lib, bir nechta turlari mavjud. Bizning nazarimizda, M.S. Kushakovskiy va N.B. Juravleva (1981) tomonidan taklif qilingan, V.V. Murashko va A.V. Strutinskiylar tomonidan takomillashtirilgan klassifikatsiya har tomonlama mukammal bo'lib, barcha ritm va o'tqazuvchanlik buzilishlarini qamrab olgan. Ushbu klassifikatsiyaga ko'ra, quyidagi ritm va o'tqazuvchanlik buzilishlari tafovut etiladi:

I. Impuls hosil bo'lishining buzilishi;

A. ST avtomatizmi buzilishi (normotop aritmiyalar);

1. sinusli taxikardiya;
2. sinusli bradikardiya;
3. sinusli aritmiya;
4. ST to'xtashi;
5. bo'lmacha asistoliyasi;
6. ST holsizligi sindromi (STXS);

B. Ektopik markaz avtomatizmi ustunligi sababli yuzaga kelgan geterotropritm;

1. sekin (o'rni bosuvchi) sirg'anib chiquvchi komplekslar va ritmlar;

- a) bo'lmachadan;
- b) AV tugunchadan;
- v) qorinchadan;

2. supraventrikulyar ritm boshqaruvchisi migratsiyasi (ko'chib yurishi);

3. tezlashtirilgan ektopik ritm (paroksizmal bo'lmagan taxikardiyalar);

- a) bo'lmachadan;
- b) AV tugunchadan;
- v) qorinchadan;

V. Asosan ritm avtomatizmining buzilishiga bog'liq bo'lmagan (re-entry mexanizmi qo'zg'atuvchi to'liqini qayta kirishi) ektopik (geterotrop) ritmlar;

1. ekstrasistoliyalar (ES): bo‘lmachalardan, AV- tugundan, qorinchalardan;
2. paroksizmal taxikardiya: a) bo‘lmachalardan; b) AV- tugundan; v) qorinchalardan;
3. bo‘lmachalar titrashi;
4. bo‘lmachalar xilpillashi (fibrillyasiyasi);
5. qorinchalar titrashiva xilpillashi (fibrillyasiyasi);

II. O‘tkazuvchanlikning buzilishi;

1. sinoatrial blokada;
2. bo‘lmacha ichi blokadas;
3. atrioventrikulyar blokada: a) I daraja; b) II daraja; v) III daraja (to‘liq).
4. qorinchalar ichi (Giss tutami) blokadas:
 - a) bitta shoxcha (monofassikulyar);
 - b) ikki shoxchali (bifassikulyar);
 - v) uchta shoxchali (trifassikulyar);
5. qorinchalar asistoliyasi.
6. qorinchalarning vaqtidan oldin qo‘zg‘alishi:
 - a) Volf-Parkinson-Uayt sindromi (WPW);
 - b) R-Q intervalini qisqarish sindromi (CLC).

III. Kombinatsiyalangan (qo‘shilgan) ritm buzilishlari:

1. parasistoliyalar;
2. chiqish blokadalari bilan kuzatiluvchi ektopik ritmlar;
3. atrioventrikular dissotsiatsiya.

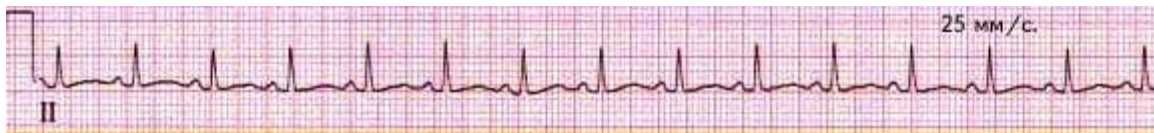
Quyida UAV faoliyatida ko‘p uchraydigan yurak ritmi va o‘tqazuvchanligi buzilishlarini tashhislash va dovolash tamoyillariga alohida to‘xtalib o‘tamiz.

A. Impuls xosil bo‘lishining buzilishi

Sinusli taxikardiya - sinusli ritm saqlangan holda, yurakning qisqarishlar sonini bir daqiqada (sekin-asta) 90 tadan 150-180 gacha ko‘payishi sinusli taxikardiya deyiladi. U simpatik tonusni oshishi (katexolaminlar ishlab chiqarish va ular ta’siri), adashgan nerv faoliyatining pasayishi hamda to‘g‘ridan-to‘g‘ri ST xujayralariga ta’sir

(gipoksemiya, atsidoz, intoksikatsiya va infeksiya) natijasida birinchi tartibdagi ritm boshqaruvchisining avtomatizmi oshishi bilan bog‘liq. Sinusli taxikardiya sog‘lom odamlarda ham kuzatilib, jismoniy va emotsional zo‘riqishda paydo bo‘ladi. Bundan tashqari, u giperkinetik sindromda, tana harorati ko‘tarilganda, (sepsis, pnevmoniya, sil, angina va boshqa o‘choqli infeksiyaga bog‘liq kasalliklar), neyrotsirkular distoniyada, tireotoksikozda, yurak nuqsonlarida, GK, miokarditlarda, kardiomiopatiyalarda, kamqonlikda, ayrim dori vositalari (atropin, adrenalin, kofein, GKS, nikotin) va oziq moddalarning (achchiq choy, qaxva, alkogol) toksik ta‘siri ta‘sirida yuzaga kelishi mumkin. Uning klinik belgilarinitashhisiy ahamiyati va davolash tamoyillari olib keluvchi sabablari kabi turlichadir. Aksariyat hollarda bemorlar shikoyat bildirmasligi yoki yurak urib ketishi va yurak sohasida og‘irlik hamda havo etishmaslik hissiga shikoyat qiladilar. YUrak auskultatsiyasida kuchaygan yoki ikkilangan I va sustlashgan II ton aniqlanadi.

EKG-belgilari: ritm sinusli, YUUS bir daqiqada 90-160 (180-200) ta. R-R oralig‘i bir xil va qisqargan, ST segmentining boshlang‘ich qismi o‘rta chiziqdan pastga qiyshiq siljigan bo‘lishi mumkin. Barcha tarmoqlarda R tishcha va uni QRS kompleksi bilan bog‘liqligi hamda ketma–ketligi saqlangan. RQ interval va QRS kompleks davomiyligi bir oz qisqarganligi hamda II, III, aVF tarmoqlarda P tishcha amplitudasi oshganligi aniqlanadi (3- rasm).



3- рasm. Синусли тахикардия

Sinusli bradikardiya-sinusli ritm saqlangan holda yurak qisqarishlar sonini bir daqiqada 60 tadan kam bo‘lishiga sinusli bradikardiya deyiladi. U ST ritm boshqaruvchisi avtomatizmi pasayishi bilan bog‘liq. Aksariyat hollarda sinusli bradikardiya adashgan nerv tonusi oshishi, simpatik nerv tizimi faoliyatining pasayishi hamda ST xujayralariga to‘g‘ridan-to‘g‘ri ta‘sir (gipoksemiya, atsidoz, intoksikatsiya va infeksiya) sababli yuzaga keladi. Bu turdagi ritm buzilishi muntazam ravishda sport va jismoniy ish bilan shug‘ullangan sog‘lom odamlarda, uyqu va kuchli zo‘riqishdan keyin dam olayotgan vaqtda, ko‘z olmasini va karotid sinusini bosganda, nafas olishni to‘xtatib turganda, ayrim hollarda hayajonlanganda, homiladorlikning ikkinchi yarmida, qayt qilganda kuzatiladi. SHuningdek, sinusli bradikardiya depressiya, melanxoliya, bosh miyada bosim oshishi, meningit, bosh miya o‘smasi, aterosklerotik kardioskleroz, MI (orqa devorda joylashganda yoki ishemiya hisobida ST holsizligi rivojlanganda), kardiomiopatiya, oshqozon yara kasalligi, sariqlik, qorin tifi, gipotereoz, nefrit va boshqa ayrim kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarda ham aniqlanadi. Ayrim dori vositalar (xinidin, lidokain, rezerpin, trankvilizatorlar, morfin,

volokardin, yurak glikozidlari, β -blokatorlar va boshqalar) bilan davolash oqibatida bradikardiya rivojlanishini UAV yoddan chiqarmasligi lozim. Sinusli bradikardiya mavjud bo'lgan sog'lom odamlar odatda shikoyat bildirmaydilar. Lekin YUUS keskin kamayib ketganda, prekardial og'riq, bosh aylanishi, hushdan ketish, dispnoe holatlari kuzatilishi mumkin. Bemorlar esa bradikardiya olib kelgan kasallikka xos shikoyatlar bilan shifokorga murojaat qiladilar. Sinusli bradikardiya Ashner–Danin (ko'z soqqasini), Chermak-Gering (uyqu sinusi) sohasi bosilganda, bradikardiyaning kuchayishi, atropinli (mushak orasiga 0,1%-0,5-1 ml. atropin yuborilgandan keyin 20-30 daqiqa o'tgach, YUUS oshadi), ortostatik, emotsional yoki jismoniy zo'riqish yordamida o'tkaziladigan (sinusli bradikardiya yurak faoliyati ortadi) sinamalar musbat bo'lishi, uni STXS da kuzatiladigan bradikardiya dan farqlashga yordam beradi.

Asosiy EKG- belgilari: ritm sinusli, YUUS bir daqiqada 60 ta va undan kam. R-R oralig'i bir xil va kengaygan (sinusli aritmiya bilan birga kelganda, R-R oralig'i har xil bo'ladi). Barcha tarmoqlarda amplitudasi bir oz pasaygan R tishcha va uning QRS kompleksi bilan bog'liqligi hamda ketma-ketligi saqlangan. RQ interval 0,12-0,22 sek.gacha uzaygan. ST segmenti o'rta chiziqdan bir oz yuqoriga siljigan, T tishcha amplitudasi esa oshgan bo'lishi mumkin (4- rasm).

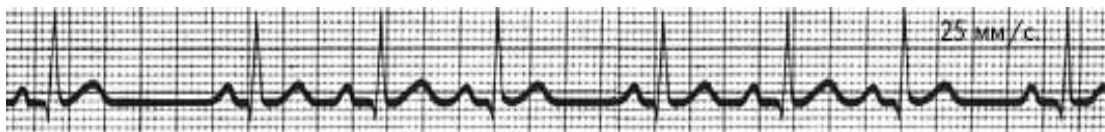


4- rasm. Синусли брадикардия

Sinusli aritmiya - noto'g'ri sinusli ritm bo'lib, unga YUUS ni sekin-asta tezlashib va sekinlashib turishi xos. Aksariyat hollarda nafas olish bilan bog'liq bo'lgan sinusli aritmiya kuzatiladi va nafas olganda YUUS ortib, nafas chiqarganda kamayadi. Bu turdagi aritmiya ko'pincha sinusli bradikardiya bilan birga kelib, nafasni ushlab turganda, jismoniy zo'riqishda yoki atropin yuborilganda belgilari yo'qoladi. Nafas olish bilan bog'liq bo'lmagan sinusli aritmiya (nafasni ushlab turganda, aritmiya belgilari yo'qolmaydi) ham mavjud bo'lib, uning davriy va davriy bo'lmagan turlari farqlanadi. Davriy sinusli aritmiyaga nafas olishdan qa'tiy nazar, avval asta-sekin tezlashib, keyin sekinlashib borish xos. Davriy bo'lmagan aritmiyada esa bu ketma-ketlik kuzatilmaydi. Sinusli aritmiyaga ST da impulslarni har xil va tartibsiz ishlab chiqarilishi, adashgan nerv tonusining o'zgarib turishi yoki nafas olish vaqtida yurakni qon bilan to'lishining buzilishi sabab bo'lishi mumkin. Bu aritmiya sog'lom o'smirlarda, yuqumli kasallik bilan og'rikan bemorlar sog'aya boshlaganda, ayrim dori vositalari (morfin, naperstyanka, vagotoniklar) ta'sirida, qariyalarda hamda NSD

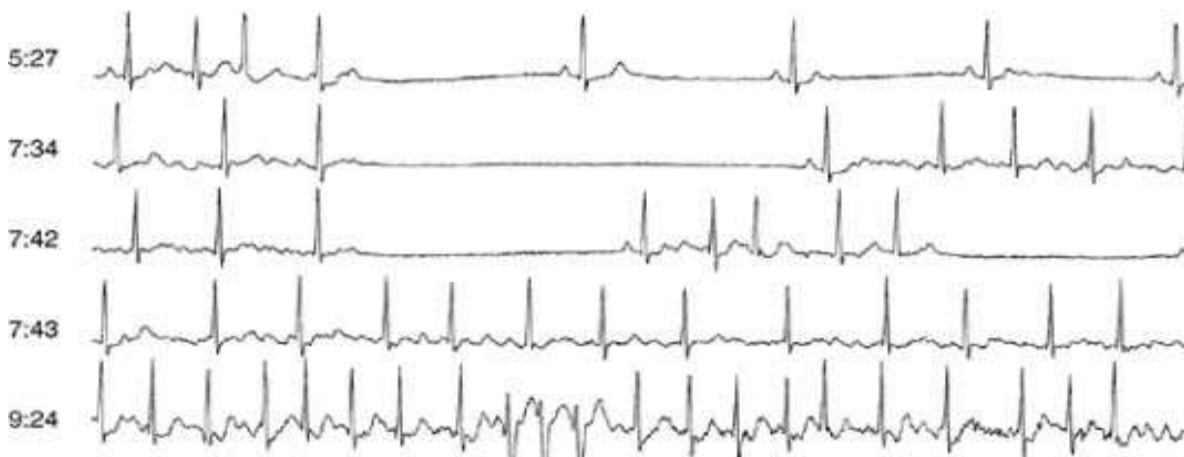
kuzatiladi. Klinik tekshiruvda yurak ritmini har xilligidan boshqa o'zgarishlar aniqlanmaydi.

Asosiy EKG- belgilari: ritm sinusli, barcha tarmoqlarda musbat R tishchasi saqlangan, faqat nafas olishga bog'liq holda R-R oralig'i (0,15 -0,44 daqiqa) kamayib va uzayib turadi; Sinusli ritmning EKG-belgilari (R tishchasi va QRS-T kompleksi ketma- ketligi) saqlangan (5- rasm).



5- расм. Синусли аритмия

Sinus tuguni holsizligi - sinus tuguni avtomatizmining holsizligi yoki to'xtab qolishi. Uning asosiy belgisi ST ning ritm boshqaruvchisi sifatida faoliyatining sustlashishi sababli, turg'un bradikardiya va sinoartral blokada paydo bo'lishidir. Bundan tashqari, bu sindromga ritm boshqaruvchisi migratsiyasi, sekin ektopik ritm yoki alohida sirg'anib chiquvchi komplekslar, ekstrasistoliyadan keyingi uzoq sukunatli ekstrasistoliyalar (ekstrasistoliyadan keyingi ritm depressiyasi), supraventrikulyar taxikardiya va xilpillovchi aritmiya paroksizmlari, har xil darajadagi atrioventrikular blokada, yurak asistoliyasi xurujlari (sinoatrial sinkope) xos (6- rasm).



6- расм. Синус тугуни ҳолсизлиги

STXSga STni va u joylashgan bo'lmacha miokardini sklerotik, ishemik yoki boshqa patologik jarayonlar ta'sirida shikastlanishi, parasimpatik ta'sirlanish (STning vegetativ disfunktsiyasi), endokrin (gipoteroiz) va ST arteriyalaridagi o'zgarishlar (ateroskleroz), gipotermiya sabab bo'lishi mumkin. UAV katta yoshdagi bemorlarda STXS ga, aksariyat hollarda YUIK, bolalarda va o'rta yoshdagilarda esa turli etiologiyali miokarditlar va undan keyingi kardioskleroz olib kelishini unutmasligi lozim. Bundan tashqari, bu ritm buzilishi ba'zan yurak glikozidlari bilan zaharlanish,

antiaritmik (amiodaron, β -blokatorlar, verapamil va boshqalar) vositalarni ko'p miqdorda qabul qilish oqibatida yuzaga keladi. YUqoridagi sabablar ta'sirida ST peysmeker faolligi pasayishi natijasida ritmning yashirin boshqaruvchilari (II va III tartibdagi ritm boshqaruvchilar) avtomatizmi faollashadi. Bo'lmachalar elektrofiziologik xususiyatlari buzilishi, paroksizmal supraventrikulyar ritm buzilishlari ko'rinishidagi ikkilamchi aritmiyalar paydo bo'lishiga sharoit yaratadi.

Klinik belgilari: yurak ritmi sekinlashishi natijasida birinchi klinik belgilar dissirkulator ensefalopatiya yoki miya disfunktsiyalarining boshqa ko'rinishlari (behollik, bosh aylanishi, uyqu buzilishi va h.k.) bilan namoyon bo'ladi. Og'ir holatlarda serebral gemodinamik buzilishlarni keltirib chiqaruvchi Morgane-Adams-Stoks xurujlari kuzatilishi mumkin. Quyida STXS ning klinik ko'rinishiga ko'ra klassifikatsiyasi keltirilgan:

STXS yaqqol namoyon bo'lmagan klinik belgilar bilan (yashirin);

STXS yaqqol namoyon bo'lgan bradikardiya bilan (gipodinamik-manifest);

taxikardiya – bradikardiya sindromi;

STXS turg'un xilpillovchi aritmiya bilan;

STXS Morgane-Adams-Stoks sindromi xurujlari bilan.

Birinchi turida bemorlar umuman shikoyat bildirmasligi yoki ularni vaqti-vaqti bilan umumiy holsizlik, bosh aylanishi, yurak to'xtab qolishi yoki noto'g'ri urish hissi bezovta qilishi mumkin. Ob'ektiv ko'rikda bradikardiya, vaqti-vaqti bilan yurakni alohida sistolasi tushib qolishi yoki navbatdan tashqari qisqarish hisobiga noto'g'ri ritm kuzatilishi mumkin. EKG dagi o'zgarishlar (sinusli bradikardiya, sinusli aritmiya, ritm boshqaruvchisi migratsiyasi) har doim ham aniqlanavermaydi. Tashhisni aniqlashga uzoq vaqt davomida o'tqaziladigan (12-24 soat) EKG monitorlash yordam beradi.

STXSning ikkinchi turiga turg'un yoki tranzitor, yaqqol namoyon bo'lgan bradikardiya va to'satdan hushni yo'qotish, yarim hushsiz holat, so'zlarni "yamlab" gapirish, parezlar va boshqa belgilar bilan kechuvchi miyada qon aylanishi buzilishlari hamda Morgane-Adams-Stoks xurujlari xos. Bundan tashqari, bemorlarda yurak sohasida og'riq, hansirash, nafas siqish xurujlari, shish ko'rinishidagi yurak etishmovchiligi belgilari hamda arterial gipotenziya kuzatilishi mumkin. EKG da turg'un sinusli bradikardiya (YUUS bir daqiqada 45-50 ta), o'tib ketuvchi sinoaurikular blokada, ST to'xtab qolishi hollari va bu vaqtda yuzaga keladigan AV tugundan chiquvchi o'rin bosuvchi ritm aniqlanadi.

Taxi - bradikardiya - Short sindromi yaqqol namoyon bo'lgan bradikardiya asosida ritm tezlashishi (supraventrikulyar taxikardiya yoki bo'lmachalar xilpillashi va titrashi paroksizmlari) xurujlari bilan namoyon bo'ladi. Paroksizmal taxikardiya xuruji bartaraf etilgach, yaqqol namoyon bo'lgan bradikardiya, ayrim hollarda esa yomon oqibatlarga olib keluvchi uzoq vaqt davom etuvchi yurak to'xtab qolishi xuruji (hushdan ketish, Morgane-Adams-Stoks sindromi) kuzatiladi.

STXS turg'un xilpillovchi aritmiyaligi turi turg'un me'yordagi va bradisistolik hilpillovchi aritmiya bilan kechadi. Uni tashhislash uchun shifokor bemor anamnezida to'satdan yurak ritmining keskin kamayib ketish, bosh aylanish, hushni yo'qotish holatlari bo'lgan yoki bo'lmaganligini aniqlashi lozim. STXS Morgane-Adams-Stoks xurujlari bilan kechganda, bemorda tirishishlar va nafas markazining to'xtab qolishi kuzatiladi. Bu holat bradikardiya va taxikardiya paroksizmi bartaraf etilgandan keyin yuzaga kelgan yurak asistoliyasi hisobiga rivojlanadi. Agar bu xurujlar tez-tez qaytalanib tursa, UAV sun'iy ritm boshqaruvchisi qo'yish masalasini hal qilish uchun bemorni mutaxassis-shifokorga yuborishi kerak.

ADABIYOTLAR:

1. Vudli M., A.Uzlan. Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo Universiteta. Praktikum, 1995 g.
2. Merta Dj. Spravochnik vracha obshchey praktiki. M., Praktikum, 1998g.
3. Vnutrennie bolezni, Muxin N.A tom 1 M, GEOTAR- Media,2009
4. Vnutrennie bolezni, Muxin N. tom 2 M, GEOTAR- Media,2009
5. medportal.ru>...>kardioloiya
6. www.it-med.ru/library/p/heart1.htm
7. www.wikipedia.org/wiki/poroki_serdsa
8. www.gutaclinic.ru>ctati